Rok LIII. Kraków, dnia 16 maja 1914. Nr 20.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

## Zaburzenia odżywiania u niemowląt.

(Wykład kliniczny).

Podał

**Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.**

(Dokończenie).

Tolerancya u jednego i tego samego osobnika nie jest wartością stałą. Przedewszystkiem zmienia się z wiekiem. Najniższą jest u noworodka, podnosi się następnie początkowo szybko, później coraz wolniej. Wszystkie czynniki, działające niekorzystnie na cały ustrój, wywołują obniżenie tolerancyi. W ten sposób działa, jakeśmy już widzieli, przekroczenie tolerancyi, a raczej jego stałe następstwo, zaburzenie odżywiania. Podobnie działają wszelkie choroby zakaźne gorączkowe, nawet usadowione poza przewodem pokarmowym (zakażenia pozajelitowe, »parenteralne«), takie, jak odra, grypa, zapalenie ucha środkowego, zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych. Wreszcie taki sam skutek mogą mieć upały letnie, lub użycie pokarmu rozłożonego. Niekorzystnie także może wpłynąć głodzenie dziecka, mianowicie, jeżeli chodzi o dziecko już uszkodzone. Należy to tembardziej podnieść, że z drugiej strony ograniczenie pokarmu u takiego dziecka może być wskazane ze względu na nizką tolerancyę; środek ten, jak widzimy, jest obosieczny.

Po zadziałaniu jednego z tych czynników mogą wystąpić objawy niestrawności skutkiem przekroczenia tolerancyi, mimo to, że przedtem pokarm podawany był dobrze znoszony i że ani co do ilości, ani co do jakości nie został zmieniony; zmienił się jednak drugi rozstrzygający czynnik, mianowicie tolerancya. Przy ssaniu piersi dziecko unika instynktownie tego przekroczenia przez ograniczanie przyjmowania pokarmu, równocześnie bowiem z obniżeniem tolerancyi zmniejsza się jego łaknienie, dziecko zatem mniej ssie, a to tembardziej, że ssanie wymaga znacznego wysiłku. Przy karmieniu flaszką, gdy ten wpływ regulujący działa w mniejszym stopniu, przekroczenie tolerancyi następuje bardzo łatwo.

Zasadnicze znaczenie w etyologii zaburzeń odżywiania ma wreszcie fakt, że tolerancya dla każdego rodzaju pokarmu jest u tego samego osobnika inna, a dla pokarmów sztucznych wogóle znacznie niższa, niż dla mleka kobiecego. U niemowlęcia w wieku 1—2 miesięcy przyjmuje Pirquet w swoich schematach jako granicę tolerancyi dla mleka kobiecego 150 kaloryi na kg, dla mleka krowiego rozcieńczonego wodą ocukrzoną do $^1/_3$ 125 kal., dla rozcieńczonego do $^1/_2$ 110 kal., dla rozcieńczonego do $^2/_3$ 90 kal., a dla pełnego tylko 75 kal. Mlekiem $^2/_3$ i mlekiem pełnem takiego niemowlęcia karmić nie można, gdyż przy podaniu mleka według prawidłowego zapotrzebowania, 100 kaloryi, następuje przekroczenie tolerancyi. Ale nawet karmienie mlekiem $^1/_2$ jest niebezpieczne, jeżeli bowiem skutkiem zadziałania jakichkolwiek niekorzystnych wpływów na niemowlę tolerancya choćby nieznacznie się obniży, przekroczenie jej stanie się nieuchronne.

Jeszcze niekorzystniej przedstawiają się te stosunki przy karmieniu sztucznem noworodka, gdyż u niego tolerancya jest niższa. Dlatego karmienie sztuczne zwykłemi mieszankami z mleka krowiego, nawet przy użyciu rozcieńczenia do $^1/_3$, jest w tym wieku przedsięwzięciem bardzo ryzykownem.

Pojęcie tolerancyi z jej wysokością, zależną od tak wielu czynników, nie tłómaczy nam oczywiście niczego, pozwala nam tylko przejrzyście zszeregować fakty, ułożyć je w schematy i ułatwia znakomicie zoryentowanie się w tych zawiłych stosunkach. Przyjmując nizką tolerancyę dla mleka krowiego i jego rozcieńczeń, stwierdzamy tylko fakt ogólnie uznany, że przy użyciu tego mleka zaburzenia występują znacznie łatwiej i przebiegają ciężej, niż przy mleku kobiecem. Fakt ten jest tem dziwniejszy, że pomiędzy składem chemicznym mleka krowiego i kobiecego pozornie niema tak wielkich różnic, któreby te tak różne wyniki karmienia usprawiedliwiały. Mleko krowie zawiera wprawdzie w porównaniu z mlekiem kobiecem znacznie więcej istot białkowatych, w szczególności sernika (3·5 i 1%) i soli (0·78 i 0·20%), a nieco mniej tłuszczu (3·5 i 4%) i cukru (4·5 i 7%), ale wartość kaloryjna jest zupełnie równa (65—70 kaloryi w 100 gr), skąpość jednych składników jest bowiem wyrównana w izodynamiczny sposób obfitością innych. Mlekiem krowiem musiałoby się więc przy użyciu równych ilości otrzymać tesame wyniki, co przy mleku kobiecem, gdyby mleko to było równie dobrze znoszone, ale właśnie tolerancya dla mleka krowiego leży, zwłaszcza we wczesnem niemowlęctwie, bardzo nizko. Wyjaśnienie tego zagadkowego zjawiska musiało być głównem zadaniem badań nad patogenezą zaburzeń odżywiania.

Przy tego rodzaju określeniu głównego problematu

odpadają już z góry pewne dawne tłómaczenia. Próbowano, jak nadmieniłem, zastosować do badań po kolei wszystkie ściślejsze działy medycyny. Posługiwano się najprzód metodami anatomii patologicznej. Nie uzyskano jednak wyjaśnienia sprawy, a w ostatnich czasach podano w wątpliwość wszystkie dawniejsze wyniki badań. Okazało się bowiem, że wyniki w przypadkach czystych i świeżych są zupełnie ujemne, jeżeli się przez wczesne ustalenie materyału zapobiegnie zmianom pośmiertnym przewodu pokarmowego, zależnym od działania mikrobów i fermentów. Także i bakteryologia niczego nie wyświetliła, a przynajmniej nie zdołano wykazać żadnych swoistych spraw zakaźnych. Musi tu zatem chodzić o zaburzenia czynnościowe, zależne od składu chemicznego pokarmu. W ten sposób rozumieć należy według Czernego i Kellera zaburzenia odżywiania, a w szczególności praktycznie najważniejsze i jedynie nas tutaj zajmujące zaburzenie, t. zw. szkodę pokarmową mleczną (Milchnährschaden), t. j. szkodę wywołaną przez karmienie mlekiem krowiem.

Chodziłoby teraz o stwierdzenie, który ze składników mleka krowiego, albo też która kombinacya składników jest ową »materia peccans«, wywołującą uszkodzenia pokarmowe.

Metoda badania jest dosyć prosta. Musimy tylko systematycznie zmieniać ilości poszczególnych składników pokarmu i baczyć, jak takie zmiany oddziałują na objawy chorobowe.

Biedert, który pierwszy stanął na stanowisku wpływów czysto pokarmowych, sądził, że owym winowajcą jest sernik. Jego teorya trudnej strawności sernika, któryto sernik, w pewnej części nie strawiony i nie wessany, jako »szkodliwa reszta pokarmowa« ulegać miał niepożądanym rozkładom, nie ostała się jednak wobec nowszych badań. Nie możemy wprawdzie twierdzić, żeby nadmiar sernika w mleku krowiem nie miał żadnego znaczenia, to jest jednak pewne, że bezpośredniego szkodliwego wpływu, czy to niszczącego, czy też zatruwającego, sernik stanowczo nie ma. Przeciwnie dodatek sernika, lub wogóle białka, może być nawet pożądany, wpływa bowiem hamująco na fermentacye jelitowe, będące podstawą niestrawności, jak to już zauważył Raczyński. Także i autorzy francuscy stwierdzali korzystne działanie pewnych serów, dodawanych do pokarmu. Najwybitniej okazuje się to jednak z wyników przy stosowaniu mleka białkowego, pokarmu, zawierającego znaczne ilości sernika, i z doświadczeń z wymianą serwatek.

Już znacznie bliżej prawdy byli Czerny i Keller, przyjmując za czynnik szkodliwy tłuszcz. Widzimy rzeczywiście, że tłuszcz przy niszczeniu we wszystkich jego okresach wywołuje działanie wybitnie opaczne. Na myśl o szkodliwem działaniu tłuszczów naprowadziło Czernego i Kellera stwierdzenie u dzieci chorych znacznych ilości amoniaku w moczu, przyczem ilości te podnosiły się jeszcze więcej przy podawaniu większej ilości tłuszczu. Otóż amoniak zjawia się w moczu we wzmożonej ilości wtedy, gdy chodzi o zastąpienie stałych zasad, o ile te nie wystarczają do zobojętnienia krążących w sokach ustroju kwasów. Przypuszczano początkowo, że chodzi tu o prawdziwe zatrucie kwasowe, acydozę taką, jaką widzimy n. p. przy cukrzycy. Jednak nieprawidłowych kwasów, któreby pochodzić miały z przemiany materyi, takich, jak kwas acetooctowy, oksymasłowy, aceton, nie można było w moczu wykazać. Sprawa wyjaśniła się wreszcie w tym kierunku, że u dzieci z zaburzeniami odżywiania alkalia, związane z kwasami tłuszczowymi, opuszczają ustrój w nadmiernej ilości drogą przewodu pokarmowego. We krwi powstaje skutkiem tego niedostatek tych zasad, alkalopenia, czyli względna acydoza, a utracone zasady stałe muszą być zastąpione amoniakiem. Utrata alkaliów, demineralizacya ustroju ma w rozwoju obrazu chorobowego niewątpliwie wielkie znaczenie. Wraz z solami musi odejść odpowiednia ilość wody, coby tłómaczyło skoki w ciężarze ciała, a później opadanie ciężaru. Gdy soli z soków ustroju zabraknie, ulegają wyługowaniu sole z tkanek, wchodzące w skład drobin protoplazmy, co możliwe jest tylko przy stapianiu odpowiednich elementów tkankowych. Tem stapianiem tkanki w razie utraty choćby jednego istotnego składnika, w danym razie składnika mineralnego, tłómaczy się, że skład chemiczny procentowy zwłok przy zaburzeniach odżywiania, nawet w razie krańcowego wyniszczenia, nie ulega zmianie.

Z drugiej strony jednak nie można wszystkiego w patogenezie zaburzeń odżywiania tłómaczyć demineralizacyą. Gdyby tak było, wystarczyłoby podać odpowiedni rozczyn solny wewnętrznie, lub podskórnie, aby objawy chorobowe znikły, co się jednak nie sprawdza. Tłómaczenie to zresztą jeszcze z innego powodu nie może nas w zupełności zadowolić. Niezrozumiałem wydaje się mianowicie, żeby tłuszcz, który do tego w mleku krowiem, nawet pełnem, znajduje się w ilości mniejszej, niż w mleku kobiecem, a w rozcieńczeniach występuje w skromniejszej jeszcze ilości, mógł mieć sam przez się działanie tak zgubne. Wprawdzie tłuszcz krowi różni się nieco od tłuszczu kobiecego większą zawartością glicerydów niższych kwasów tłuszczowych, kwasu kapronowego i mlecznego, a kwasy te pod działaniem lipazy już w żołądku zostają częściowo odszczepione (Bahrdt) i mogą być nieobojętne, ale i to stanowczo nie wystarcza do wytłómaczenia tego przypuszczalnego, czynnego, niszczącego działania tłuszczu. Okazało się bowiem z nowszych spostrzeżeń, że tensam tłuszcz krowi, który w mleku krowiem nie jest znoszony, znoszony jest dobrze w mleku białkowem, lub w serwatce z mleka kobiecego. Zatem znaczenia czynnika pierwotnie szkodzącego przyznać mu niepodobna

Dalszym czynnikiem szkodliwym mógłby być cukier. Już Escherich przyjmował jego znaczenie w powstawaniu kwaśnej niestrawności, zapatrywanie to nie zdołało sobie jednak wywalczyć uznania. Dopiero Finkelstein udowodnił, że wszelkie fermentacye jelitowe, a co za tem idzie objawy dyspeptyczne, zależne są od obecności w jelicie węglowodanów, w pierwszym rzędzie cukrów. Tłuszcz może wprawdzie ulegać także fermentacyi, ale tylko wtórorzędnie, gdy już istnieje fermentacya węglowodanów.

Fermentacye jelitowe mają niewątpliwie w patogenezie zaburzeń odżywiania zasadnicze znaczenie. Jako produkty rozkładu węglowodanów i tłuszczów powstają przy nich niższe, lotne kwasy tłuszczowe, głównie kwas octowy. Kwasy te zmieniają oddziaływanie treści jelita, podrażniają jelito i wywołują żywszy ruch robaczkowy, a przez to wszystko utrudniają wessanie składników pokarmowych.

W pierwszym rzędzie odbija się to na tłuszczach, jako na składnikach najtrudniej wessalnych, i temby się tłómaczyło, że tłuszcze działają najpierw opacznie, mimo, że podstawą sprawy jest fermentacya węglowodanów.

Kwasy te wywołują jako dalszy skutek żywsze wydzielanie soków jelitowych, bogatych w alkalia, łączą się z temi alkaliami i wyprowadzają je drogą jelita. Z badań Bahrdta okazało się mianowicie, że wyprowadzania tego nie można wytłómaczyć działaniem samych tylko wyższych kwasów tłuszczowych, jak to pierwotnie przypuszczali Czerny i Keller, gdyż ilość tych kwasów w stolcach nie wystarcza do zobojętnienia zawartych w nich alkaliów. Jeżeli jednak tak jest rzeczywiście, jeżeli chodzi tu głównie o działanie niższych kwasów tłuszczowych, pochodzących z fermentacyi węglowodanów i tłuszczów, to nie można za czynnik pierwotnie szkodliwy uważać tłuszczu, lecz właśnie fermentacye.

Otóż znaczniejsze fermentacye mogą się tylko wtedy rozwinąć, jeżeli w jelicie zbyt długo zalega materyał podatny, a tak bywa przy zwolnieniu trawienia i wessania. Takie zaś zwolnienie musimy odnieść do upośledzenia sprawności trawiennej jelita, w pierwszym rzędzie nabłonka jelitowego. Dochodzimy więc do tego wniosku, że podstawową sprawą przy zaburzeniach odżywiania musi być obniżenie sprawności, lub mała sprawność jelita.

Fermentacye mają jeszcze jedno ważne znaczenie. Produkty kwasowe fermentacyi uszkadzają ze swej strony nabłonek jelitowy, i tak już okazujący małą sprawność. Tem się tłómaczy, że dopiero po zjawieniu się objawów niestrawności, zwiastujących głębsze uszkodzenie nabłonka, tego wału ochronnego, chroniącego ustrój od wtargnięcia z jelita czynników obcych, mogą się rozwinąć cięższe postacie zaburzeń, t. j. właściwe niszczenie pokarmowe, lub zatrucie pokarmowe.

Uszkodzenie nabłonka ułatwia przytem znowu powstawanie fermentacyi i zamyka w ten sposób błędne koło.

Teraz jaśniejszem się staje, dlaczego działanie przeciw jednemu z ważniejszych niewątpliwie szczegółów zaburzenia, przeciw demineralizacyi, nie może mieć widoków powodzenia, gdy właściwe zarzewie choroby w jelicie tlić będzie w dalszym ciągu w postaci nadmiernych fermentacyi.

Uszkodzenie nabłonka, będące istotną podstawą obniżenia tolerancyi, nawet w warunkach najkorzystniejszych, po stłumieniu fermentacyi przez odpowiedni pokarm, wyrównuje się tylko powoli i stopniowo. Świadczy o tem t. zw. okres »reparacyi«, trwający tygodnie, a czasem i miesiące, w którymto okresie mimo ustąpienia objawów chorobowych, właśnie z powodu dalszego trwania niedomogi nabłonka musimy być w żywieniu bardzo oględni, jeżeli mamy uniknąć nawrotu.

Fermentacyom ulegają, jak już wiemy, węglowodany, głównie cukry. Mylnem byłoby jednak przypuszczenie, że cukier jest właściwym winowajcą. Przecież ten sam cukier mleczny znajduje się w mleku kobiecem, i to nawet w większej ilości, niż w krowiem, a jest znoszony wybornie.

Gdzież jest zatem ten właściwy czynnik, wywołujący małą tolerancyę mleka krowiego? Żaden z organicznych składników pokarmowych, jak widzimy, sam przez się nim nie jest. Pozostałaby jeszcze tylko po wyłączeniu z niej cukru serwatka, jako rozczynnik zawierający sole. Rozczynnik ten w mleku krowiem zawiera prawie cztery razy tyle soli, co w mleku kobiecem, przytem te sole muszą być w innych związkach, przeważnie organicznych, gdyż mimo większych ilości gęstość drobinowa serwatki jest ta sama. Do pewnego stopnia w zetknięciu z serwatką jako rozczynnikiem odbywa się praca nabłonka jelitowego. Otóż w świetle zapatrywań J. Loeba o znaczeniu zawartości soli w rozczynniku na sprawność komórek łatwo zrozumieć, że serwatka o składzie, do którego nabłonek niemowlęcia nie jest przystosowany, może na sprawność tego nabłonka oddziałać niekorzystnie.

Znaczenie serwatki starał się udowodnić L. F. Meyer, współpracownik Finkelsteina, w słynnych swych doświadczeniach z wymianą serwatek. Strącał on w mleku krowiem i w mleku kobiecem zapomocą podpuszczki sernik, otrzymywał skrzep, który obejmował także przeważną ilość tłuszczu, serwatki odsączał, a następnie wykonywał wymianę serwatek, rozdrobniwszy odpowiednio skrzep sernikowy. Okazało się, że dla wyników przy stosowaniu tych dwóch rodzajów pokarmu zasadnicze znaczenie miała serwatka: serwatka krowia, chociaż zawierała tłuszcz i sernik kobiecy, dawała złe wyniki, serwatka kobieca, chociaż zawierała tłuszcz i sernik krowi, dobre. W ostatnich czasach doświadczenia L. F. Mayera oceniane są nieco krytyczniej, niż były początkowo, a to z tego powodu, że sernik nie bywa w obu mlekach strącany w ten sam sposób. W mleku krowiem strącanie odbywa się przez samą podpuszczkę, otrzymuje się zatem sernik w połączeniu z wapnem, w mleku zaś kobiecem trzeba dodać kwasu, aby dostać dobry strąt, otrzymuje się zatem sernik jako połączenie kwasowe bez wapna. Nie jest to obojętne, gdyż właśnie sernikan wapniowy ma działać wybitnie ochronnie wobec fermentacyi jelitowych (Koeppe, Heim i John).

Idąc za L. F. Meyerem i Finkelsteinem, musimy sobie wyobrazić, że nabłonek, pracując w rozczynniku nieodpowiednim, wykonuje każdą pracę wolniej, aniżeliby ją wykonał w środowisku korzystnem. Wynikiem będzie zaleganie niewessanych składników, stanowiących wyborne podłoże do rozwoju mikrobów, rozplenienie się nadmierne flory bakteryjnej jelita i fermentacye.

Nadmierne fermentacye są istotną podstawą niestrawności, jednak niekoniecznie muszą się łączyć z wyraźnymi objawami niestrawności w postaci wymiotów, biegunek, stolców zwarzonych. Przypuszczać bowiem należy, że już w okresie niedomagania gospodarki zasadniczą sprawą są nieprawidłowo wzmożone fermentacye w jelicie cienkiem. Pozostają one utajone, gdyż wyzwolone kwasy tłuszczowe wyższe i niższe zostają w nadmiarze zobojętnione alkaliami z soków jelitowych. Pierwotnie w jelicie cienkiem używa ustrój do tego zobojętnienia sodu i potasu. Pierwiastki te zostają jednak w jelicie grubem, o ile ono nie okazuje wzmożonego ruchu robaczkowego, wymienione na wapń i magn. Mydła ziem alkalicznych stanowią też główny składnik stolców tłuszczowo-mydlanych, tak często napotykanych w tym okresie. Ustrój, tracąc Ca i Mg, broni się przed większą szkodą, jakąby stanowiła utrata właściwych alkaliów, Na i K.

Dopiero, gdy w dalszym przebiegu fermentacye wzmogą się, stają się one jawne. Musimy przyjąć, że wtedy omó-

wione działanie wyrównawcze jelita cienkiego zawodzi: kwasy nie zostają zobojętniane w zupełności. W następstwie zawodzi także jelito grube, a to skutkiem zadrażnienia tego jelita produktami kwaśnymi, wzmożenia ruchu robaczkowego i powstania biegunek tak, że wymiana alkaliów właściwych na ziemie alkaliczne może się odbywać tylko w szczupłym zakresie.

W okresie właściwego niszczenia pokarmowego przybywa do objawów niestrawności jako zasadniczy objaw opadanie ciężaru ciała. Na wytwarzanie tego objawu składają się różne czynniki: utrata znacznej części składników pokarmowych skutkiem fermentacyi i utrudnienia wessania, demineralizacya ustroju z odciąganiem wody, a następnie stapianiem tkanek, ograniczenie przyjmowania pokarmu.

Powstawanie zatrucia zależne jest od podawania cukrów, chociaż i tłuszcze mają tutaj, podobnie jak przy fermentacyach, pewne wtórorzędne znaczenie. Cukier działa jednak tylko w połączeniu z serwatką, t. j. solami. Podając roczyny solne u niemowląt z objawami niestrawności, zatem z uszkodzonem jelitem, otrzymuje się także często gorączkę pokarmową. Inne ciężkie objawy zatrucia są prawdopodobnie w związku z utratami wody, spadkiem ciężaru ciała i zagęszczeniem soków ustroju, dającem się wykazać refraktometrycznie. Zagęszczenie takie upośledza ogromnie przemianę materyi, wywołuje nagromadzenie się w tkankach produktów niezupełnego spalenia i doprowadza w końcu do stanu prawdziwego zatrucia, acydozy.

W ten sposób wszystkie postacie zaburzeń odżywiania przedstawiałyby się jako jednolita sprawa o wspólnej etyologii i patogenezie, a tylko różnych objawach, zależnych od wpływów pokarmowych i od tego, jak daleko sprawa się posunęła.

Cierpienie byłoby pierwotnie czysto czynnościowem bez tła anatomicznego. Podstawą jego byłoby zwolnienie trawienia i wessania, a w następstwie fermentacye zalegających składników. W gruncie rzeczy więc, mojem zdaniem, po długiem błądzeniu po szerokich przestrzeniach anatomii patologicznej, bakteryologii, a przedewszystkiem przemiany materyi, błądzeniu, które jednak bezowocne nie było, wracamy powoli do dawnych pojęć i zapatrywań. Zarzucony obecnie podział anatomo-kliniczny Widerhofera przy pewnem przesunięciu granic mógłby snadnie wrócić do honorów. Widerhofer odróżniał niestrawność, sprawę bez tła anatomicznego, nieżyt żołądkowo-jelitowy i zapalenie jelit. Pojęcie nieżytu miesza się dotąd często z pojęciem zapalenia i używa obu określeń jako równorzędnych. Sądzę jednak, że będzie odpowiedniej przyłączyć się do stanowiska tych nowszych autorów, którzy określenia »zapalenia« używają na oznaczenie spraw, mających za podstawę zmiany nietylko w nabłonku, ale także w samem podłożu łącznotkankowem błony śluzowej w postaci nacieków i owrzodzeń, a rozwijających się na tle zakażeń mniej lub więcej swoistych, zaś użycie określenia »nieżyt« ograniczają do oznaczenia tych spraw, w których zmiany istnieją tylko w samym nabłonku w postaci nadmiernego wyrodnienia śluzowego komórek. Wobec tego granica między niestrawnością, a nieżytem, byłaby dosyć nieuchwytna i byłoby rzeczą względnie obojętną, któregoby się z tych określeń miało użyć na oznaczenie podstawowej sprawy zaburzeń odżywiania. Określenie »niestrawność« wyraźniej podkreśla, że chodzi tu o sprawę czysto czynnościową, lepiej zatem odpowiada naszemu obecnemu stanowisku.

Określenie »zapalenie« zastrzedz należy wyłącznie dla pierwotnie zapalnych, a zatem i zakaźnych spraw żołądkowo-jelitowych. Trzeba sobie jednak zdać sprawę, że i tu granica nie jest ścisła, że przy nadmiernej wrażliwości jelita, jaką mianowicie musimy przyjąć u dzieci z pewnemi wadami konstytucyonalnemi, n. p. limfatyzmem, drażniące kwasy, powstałe na drodze fermentacyi, mogą doprowadzić do podobnych zmian, co zakażenia, zatem do zmian zapalnych w samej błonie śluzowej, a nawet do owrzodzeń.

Określenie »niestrawność« lub »nieżyt żołądkowo-jelitowy« powinno zastąpić z powrotem określenie »zaburzenia odżywiania«, musimy mu tylko w stosunku do Widerhofera dać większy zakres. Widerhofer nie zdawał sobie bowiem jeszcze sprawy, że sama niestrawność, zaburzenie czynnościowe, w dalszych swych następstwach może doprowadzić do stanów tak groźnych, jak niszczenie pokarmowe i zatrucie pokarmowe, zaliczanych do nieżytów lub zapaleń żołądka i jelit.

Poszczególne okresy zaburzenia odżywiania możnaby określić jako niestrawność utajoną, niestrawność jawną, niestrawność z następowem niszczeniem pokarmowem i niestrawność z następowem zatruciem pokarmowem.

Określenie »zaburzenie odżywiania« powinno być zarzucone, zawdzięcza ono bowiem swe powstanie błędnemu pojmowaniu sprawy. Utworzyli je Czerny i Keller wtedy, kiedy wypowiedzieli hipotezę o czynnem działaniu tłuszczu w wyprowadzaniu alkaliów, przyczem mieli na myśli tylko działanie wyższych kwasów tłuszczowych, wyzwolonych przez fermenty trawienne (lipazę). Sprawa cała miała się więc odbywać w zakresie trawienia i odżywiania, zatem w zakresie przemiany materyi wewnątrz przewodu pokarmowego i poza przewodem pokarmowym. Nazwa »zaburzenie odżywiania« miała właśnie uzmysłowić to toczenie się sprawy w zakresie całej przemiany materyi. Obecnie wiemy, że takie pojmowanie sprawy jest błędne; wiemy, że główną rolę w patogenezie zaburzeń omawianych mają fermentacye; wiemy, że także w usiłowaniach naszych leczniczych przedewszystkiem przeciw fermentacyom musimy się zwrócić. Ta okoliczność, że niestrawność oddziałuje u niemowlęcia tak wybitnie i niekiedy tak fatalnie na cały ustrój, to nazwy zaburzeń odżywiania nie usprawiedliwia, gdyż każdą sprawę chorobową powinniśmy nazywać według tego miejsca, gdzie się ona pierwotnie toczy i według tego procesu, który jest istotnie podstawowym, a nie według dalszych skutków, chociażby one były bardzo ważne. Nikomu przecież n. p. nie przyjdzie na myśl określać ropnia miejscowego, połączonego z gorączką, nazwą toksemii, przez co zostałaby pominięta sprawa podstawowa, a do znaczenia właściwej sprawy zostałyby wysunięte zjawiska, wprawdzie ważne i ogólne, ale wtórorzędne, zjawiska, które natychmiast ustają, gdy podstawową sprawę usuniemy.

Mimo to nazwę »zaburzenia odżywiania« (»Ernährungsstörungen«) na razie zatrzymałem, gdyż nazwę tę przyjęła przeważna liczba autorów, mianowicie niemieckich, i Panowie zapewne jeszcze długo będą mieli sposobność z nią się spotykać.

Pozostaje mi jeszcze omówić, jaka jest praktyczna wartość nowszych poglądów na powstawanie niestrawności

niemowlęcej i ciężkich jej skutków. Jest ona niewątpliwie znaczna.

Poglądy te dają nam przedewszystkiem wskazówkę, w jaki sposób zaburzeń najlepiej uniknąć. Tolerancyę dla mleka krowiego możemy podnieść, redukując jego serwatkę i upodobniając ją do serwatki mleka kobiecego. Doświadczenia E. Müllera i Schlossa z mieszankami na tej podstawie obmyślanemi wykazują rzeczywiście bardzo dobre wyniki. Zapewne, problemat sztucznego żywienia nie zostaje jeszcze przez to w zupełności rozwiązany, niektóre dzieci, karmione takiemi mieszankami, okazują pewne zboczenia rozwoju. Być może, że chodzi tutaj o brak w pokarmie sztucznym pewnych istot korzystnych, jakichś hipotetycznych fermentów troficznych, czynnych tylko przy użyciu mleka gatunkowo swojskiego i surowego. Miałyby one być obecne w mleku kobiecem, w mleku zaś krowiem miałyby być niszczone przy wyjaławianiu, zresztą nawet z mleka surowego nie mogłyby być wyzyskane jako gatunkowo obce. Poważniejszych i gwałtowniejszych uszkodzeń jednak mleko z serwatką upodobnioną nie wywołuje, nie przedstawia zatem przynajmniej dla niemowlęcia większego niebezpieczeństwa.

Co do leczenia niestrawności, to w okresie wstępnym niestrawności utajonej, czyli niedomagania gospodarki, wskazane są pokarmy, zawierające mało tłuszczu, a bogate w węglowodany, jak maślanka z dodatkami, lub polewka słodowa.

Gdy niestrawność staje się jawną, głównem naszem zadaniem musi być stłumienie fermentacyi jelitowych. Osiągnąć to można przez podanie mleka kobiecego; zawiera ono wprawdzie dużo materyału, podatnego na fermentacye, ale podnosi szybko tolerancyę dziecka, i tak już dla tego pokarmu wysoką. Ze sztucznych pokarmów nadaje się do osiągnięcia tego celu wybornie najnowsza zdobycz pedyatryi, mleko białkowe. Zostało ono podane przez Finkelsteina i L. F. Meyera, przyczem autorów tych kierowała właśnie myśl, żeby przez rozcieńczenie serwatki i zredukowanie cukru mlecznego uniemożebnić fermentacye. W mleku krowiem strąca się podpuszczką sernik, przyczem skrzep obejmuje także przeważną ilość tłuszczu. Serwatkę się odrzuca i zastępuje w połowie wodą, w połowie maślanką.

Wyniki leczenia mlekiem białkowem są według licznych już obecnie doniesień, bardzo korzystne. Także w klinice krakowskiej stwierdziliśmy wyniki uderzające (demonstracye krzywych). Fermentacye zostają szybko stłumione, zamiast stolców dyspeptycznych zjawiają się stolce tłuszczowo-mydlane, które w tym przypadku nie stanowią objawu niepożądanego. Wskazane wtedy będzie dodanie do mleka białkowego węglowodanów w postaci mąki i cukrów, szczególniej w postaci przetworów słodowych, n. p. cukru odżywczego Soxhleta w ilości wzrastającej od 3 do 6 i 7%. Mleko białkowe daje dobre wyniki nietylko w niestrawności zwykłej, ale także w niestrawności z niszczeniem i zatruciem pokarmowem. Wobec wysokiej bardzo tolerancyi dla mleka białkowego unikamy przy niszczeniu tak bardzo niepożądanego tutaj niedokarmiania dziecka łatwiej, aniżeli przy użyciu jakiegokolwiek innego pokarmu.

Przy zatruciu pokarmowem wskazane będzie zastosowanie 12—24-godzinnej dyety wodnej, a następnie bardzo ostrożne wprowadzenie mleka białkowego z ilościami z dnia na dzień powoli podnoszonemi.

Tych parę szczegółów wystarczy. Widzimy, że pedyatrya może się tutaj także pod względem praktycznym poszczycić znacznem powodzeniem. Leczenie dyetetyczne niestrawności niemowląt stoi już obecnie bardzo wysoko. Skończyły się szczęśliwe czasy, kiedy lekarz zmuszony był próbować po omacku różnych sposobów karmienia, gdy nie rozporządzał żadnemi ściślejszemi wskazaniami. Obecnie może przystępować do łóżka chorego dziecka z otuchą, zdając sobie dobrze sprawę z zadania, które ma rozwiązać i ze środków, które mu do tego mogą posłużyć.

---

## Wpływ wiewióra na skład krwi i na serce.

Podał

**Dr Mondschein,**

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

(Dokończenie).

14. P. B., 32 lat, wiewiór od 2 tygodni; przyjęty do szpitala 3. XII. Gonorrhoea acuta anterior. Leczenie: protargol-Janet.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 96 | 100 | rytmiczne | — | 6/XII | 63 | 4,844.000 | 9.777 | Gc + |

15. L. K., 19 lat, wiewiór od 8 dni; przyjęty do szpitala 17. XII. Gonorrhoea acuta anter. Leczenie: albargina.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigon do żyły | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | data | dawka | | | | |
| 92 | 110 | rytmiczne | 29/XII | 0·6 | 72 | 4,908.000 | 10.700 | Jądro lewe lekko obrzękłe, nieco bolesne, Gc + |
| 95 | 92 | arytmia | 4/I | 0·8 | 74 | 4,204.000 | 9.150 | Jądro małe, nie bolesne, Gc + |

16. Sz. J., 33 lat, wiewiór od $1^1/_2$ lat, przyjęty do szpitala 17. I. Gonorrhoea chron. Strictura urethrae incipiens. Leczenie: Janet-Kollman-wkraplania.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 103 | 72 | rytmiczne | 4/II | | 68 | 4,880.000 | 9.375 | Mocz czysty z wieloma nitkami. Gc + |
| 100 | 78 | rytmiczne | 8/II | | 65 | 4,932.000 | 8.957 | Gc |
| 90 | 86 | arytmia | 13/II | | 75 | 5,908.000 | 9.790 | wyleczony 23/II |

17. G. J., rzeźnik, nader silnie zbudowany, 18 lat, wiewiór od miesiąca; przyjęty do szpitala 26. I. Gonorrhoea ac. anter. Gc. +, Leczenie: Janet-protargol.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| — | — | — | — | 3/II | 70 | 4,932.000 | 10.400 | Wyciek silny, pieczenie mierne |
| 92 | 88 | arytmia | — | 6/II | 66 | 5,376.000 | 10 207 | Wyciek słabszy, Gc. +, pieczenia nie ma. |
| 85 | 80 | rytmiczne | — | 13 II | 74 | 4,888.000 | 5 825 | wyleczony 25/II |

18. D. M., 25 lat, od miesiąca wiewiór; przyjęty do szpitala 4. II. Gonorhoea subacuta. Leczenie: wkraplania.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 92 | 104 | arytmia | — | 9/II | 67 | 4.664.000 | 9.790 | Mocz czysty z nitkami, Gc. +. |
| 92 | 100 | rytmiczne | — | 13/II | 69 | 5,020.000 | 7.707 | Sondy |
| 85 | 76 | rytmiczne | — | 23/II | 78 | 4.020.000 | 9.165 | wyleczony 23/II |

19. P. W., 56 lat, rolnik, przed 3 laty wiewiór, obecnie od 2 tygodni trudności podczas oddawania moczu; długo stać musi i przeć, nim mocz odda; przyjęty do szpitala 4. II. Hypertrophia prostatae maximi gradus, cystitis. Posunięta miażdżyca. Leczenie: miesienie, czopki z ichtyolu, kąpiele nasiadowe, urotropina, płukanie pęcherza.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigon do żyły: data | Arthigon do żyły: dawka | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 110 | 66 | arytmia | 8/II | 0·4 | 65 | 4.532.000 | 10.666 | W sterczu liczne Gc, mocz mętny w obu częściach |
| 118 | 62 | arytmia | 18 II | 0·7 | 63 | 4,400.000 | 11.875 | Mocz czysty w obu częściach. Chory wyszedł wyleczony 21 II |

20. G. A., 19 lat, nauczyciel, wiewiór od 4 tygodni; przyjęty do szpitala 16. II. Gonorhoea ac. anterior. Leczenie: protargol.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 110 | 84 | rytmiczne | — | 17 II | 70 | 5,076.000 | 10.832 | Chory blady, wyciek silny, Gc. + +. Cardiopalmus. |
| 102 | 110 | arytmia | | 21 II | 69 | 4,532.000 | 9.375 | Mocz czystszy Gc. +. Cardiopalmus. |
| 105 | 86 | lekka arytmia | — | 23 II | 73 | 4,844.000 | 9.790 | Cardiopalmus |
| 105 | 80 | rytmiczne | — | 10/III | 72 | 4,348.000 | 8.125 | Mocz czysty w obu częściach. Chory wyszedł wyleczony 10/III |

21. D. J., wieśniak, rosły, silnie zbudowany, od miesiąca wiewiór; przyjęty do szpitala 19. II. Gonorhoea acuta anterior. Leczenie: albargina-Janet.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 115 | 96 | rytmiczne | — | 21/II | 68 | 3,132.000 | 11.250 | Gc +. Wyciek mierny, kołatanie serca silne |
| 100 | 98 | rytmiczne | — | 26 II | 72 | 4,220.000 | 10.040 | Mocz czysty prawie. Chory wyszedł wyleczony 2/III |

22. R. M., wieśniak, 23 lat, wiewiór od miesiąca; przyjęty do szpitala 20. II. Gonorrhoea acuta totalis. Leczenie: urotropina, kąpiele nasiadowe, potem protargol.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 110 | 108 | rytmiczne | — | 23 II | 74 | 4,732.000 | 9.375 | Mocz mętny w obu częściach, Gc. +. Cardiopalmus. |
| 102 | 90 | rytmiczne | — | 27/II | 68 | 5,043.000 | 12.082 | Mocz czystszy w obu częściach |
| 100 | 96 | arytmia | — | 6 III | 69 | 4,888.000 | 9 790 | Mocz czysty od kilku dni. Chory wyszedł wyleczony 7 III |

23. J. St., 18 lat, silnie zbudowany; wiewiór od tygodnia; przyjęty do szpitala 25. II. Gonorrhoea acuta anterior.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 92 | 70 | arytmia | — | 26/II | 68 | 5,064 000 | 12.500 | Wyciek silny, mocz 1. mętny Gc. + +. |
| 88 | 94 | arytmia | — | 4 III | 71 | 4,264.000 | 9.790 | Pierwsza część oczyszcza się Gc. + |
| 90 | 90 | arytmia | — | 10 III | 70 | 4,832.000 | 14.732 | Epididymitis sin. silna. Chory wyszedł wyleczony 20/III |

24. R. G., 24 lat, robotnik kolejowy, od 3 tygodni wiewiór; przyjęty do szpitala 25. II. Gonorrhoea acuta anterior. Leczenie: Janet-albargina.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigon do żyły | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | data | dawka | | | | |
| 80 | 120 | arytmia | 27 II | 0 2 | 67 | 4.400 000 | 11.650 | Wyciek Gc. + +. Mocz 1. mętny, bole w ścięgnach stopy. |
| 95 | 120 | rytmiczne | 3 III | 0·4 | 62 | 4.176 000 | 11.695 | Mocz mętny w obu częśc. Gc. + |
| 95 | 120 | rytmiczne | 16 III | 0.6 | 66 | 4,620.000 | 10.750 | Głuche tony w sercu od kilku dni, mocz oczyszcza się. |

25. St. J., 19 lat, wiewiór od 6 dni; przyjęty do szpitala 28. II. Gonorrhoea ac. anterior ac posterior. Leczenie: Janet, protargol, salol.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 92 | 100 | rytmiczne | — | 2/III | 72 | 3,508 000 | 11.875 | Mocz mętny w obu częśc. Gc. + + |
| 86 | 112 | rytmiczne | — | 5/III | 68 | 4.708.000 | 11.525 | Mocz mętny w 1. części. Chory z polepszeniem opuścił szpital 12/III |

26. Ż. A., 18 lat, wiewiór od 5 dni; przyjęty do szpitala 28. II. Gonorrhoea acuta anterior ac posterior. Leczenie: Janet, protargol, salol.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigon do żyły | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | data | dawka | | | | |
| 90 | 100 | rytmiczne | 2 III | 0·1 | 60 | 4.264.000 | 11.250 | Gc + 1. Obie części moczu mętne |
| 88 | 96 | rytmiczne | 5 III | 0·2 | 67 | 4,532.000 | 7.915 | Mocz stale mętny, Gc + |
| 85 | 92 | rytmiczne | 13/III | 0·3 | 63 | 5.908.000 | 15.625 | Epididymitis dex. incipiens |
| 94 | 96 | lekka arytmia | 18/III | 0·6 | 61 | 4,976.000 | 9.790 | Najądrze małe, niebolesne. Mocz czystszy. |

27. T. Wł., 27 lat, wiewiór przed 2 laty, obecnie od tygodnia; przyjęty do szpitala 2. III. Gonorrhoea acuta anterior ac posterior. Leczenie: Janet, albargina, urotropina, kąpiele nasiadowe.

| Riva-Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 112 | 84 | arytmia | — | 6 III | 65 | 4,352.000 | 6.250 | Mocz mętny w obu częściach. Gc. + |
| 108 | 90 | arytmia | — | 11 III | 61 | 4,444.000 | 7.290 | Cardiopalmus Mocz czystszy |
| 110 | 82 | silna arytmia | — | 22/III | 60 | 4,762.000 | 8.325 | Mocz znacznie czystszy. |

28. Z. J., 34 lat, wiewiór przed 10 laty, obecny od 4 dni; przyjęty do szpitala 9. III. Gonorrhoea acuta anterior. Leczenie: Janet, albargina.

| Riva Rocci | Liczba tętna | Jakość tętna | Arthigonu nie wstrzykiwano | | Sahli | Liczba c. czerwonych | Liczba c. białych | Przebieg wiewióra |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| — | — | — | — | 11 III | 67 | 4,352.000 | 7.707 | Mocz 1. mętny; przerost lewej komory, naczynia twarde (alkoholizm). |
| 114 | 78 | rytmiczne | — | 22/III | 65 | 4,352.000 | 6.650 | Mocz czysty. |

Jak z tych przykładów widać, zarazek wiewióra działa przedewszystkiem na ilość hemoglobiny we krwi, zmniejszając ją mniej lub więcej, czasem nawet bardzo znacznie; prawie stale zauważyć się daje zwiększenie się jej pod koniec leczenia. Co do ciałek czerwonych, to liczba ich zdaje się nie podlegać znaczniejszym zmianom; zauważyć tu jednak można przecie dość znaczne wahania, obracające się w granicach prawidłowych, a więc między $3^1/_2$ milionów prawie do 6 milionów. Co się tyczy strony morfotycznej, to wpada w oczy w obrazie drobnowidowym wielka ilość ciałek czerwonych jądrzastych, dość znaczna liczba zniekształconych i dość liczne płytki Bizozzera.

W ciałkach białych znać wielką różnicę od stanu prawidłowego. Prawie stale spotyka się powiększenie ich liczby w samym początku choroby, a stopniowe zmniejszanie się pod jej koniec. Choć i tu reguły niema, bo czasem znów zdarza się wprost przeciwnie, t. j. nagłe powiększenie się liczby ciałek białych pod koniec leczenia, gdzie z początku i przez cały czas trwania wiewióra liczba ich była prawidłowa. Czasem znów bywa liczba ciałek białych przez cały ciąg choroby prawie jednostajnie zwiększona, rzadko tylko nie znajdujemy wcale żadnej różnicy od stanu prawidłowego. Od czego to zależy, nie da się na razie rozstrzygnąć; jednak prawie stale zauważałem silniejsze zmiany przy ostrzejszym wiewiórze, tak, iż przypuszczać można, że wtedy większa ilość dwoinek Neissera czy ich toksyn dostaje się do obiegu krwi, wywołując przez to większe zmiany. Może nie zależy to zresztą tyle od ich ilości, ile od jakości, od jadowitości. Że wszelkie powikłania, n. p. zapalenia najądrza, czy przejście sprawy chorobowej na tylną część cewki, zajęcie sterczu, czy wreszcie stawów, podnoszą natychmiast liczbę ciałek białych, czasem nawet bardzo znacznie, bo nawet wyżej 20 tysięcy, to należy do zwykłych zjawisk.

Co do wstrzykiwań arthigonu, to nie zauważyłem bezpośredniego wpływu tego środka na skład czy wygląd krwi. Mówićby można tylko przy powikłaniach wiewióra o wpływie pośrednim o tyle, że podnosząc, szczególnie w początkach wstrzykiwań i w większych dawkach, częstokroć znacznie ciepłotę, bo aż do $40^0$, tą drogą działać może zabójczo na dwoinki Neissera i skracając przebieg choroby, temsamem umożliwia rychlejszy powrót krwi do stanu prawidłowego.

Ze strony serca spotykamy szereg objawów, jak tego zresztą przy przejściowo-blednicowatym stanie krwi z góry moglibyśmy się spodziewać, wiedząc o podobnych objawach przy podobnym składzie krwi, spotykanym podczas istotnej blednicy. A więc spadek znaczny i stały ciśnienia krwi, który zawsze spostrzegałem przy wiewiórze. Spadek ten jest znaczny, bo prawie zawsze niżej 100 Hg (u ludzi młodych, zresztą zupełnie zdrowych) (przyrząd Riva-Rocci). Jeśli zaś spadek ten był mniejszy, a więc powyżej 100—110—115 Hg, to jest jeżeli pozornie ciśnienie zbliżało się więcej do stanu prawidłowego, to stale równocześnie stwierdzić mogłem silniejsze uderzenia koniuszka serca, który to objaw uważałbym również za skutek zmian we krwi, wywoływanych przez zarazek wiewiórowy, czy raczej jego produkta. Czasem znów zmiany w ciśnieniu krwi należy odnieść do zmian w sercu czy układzie naczyniowym, nie zostających w związku z wiewiórem, ale tylko przypadkowych i będących wypływem innej zupełnie, przedtem już istniejącej choroby, jak miażdżycy (przypadek 19 i 28). Nieraz spostrzegałem zupełnie przelotne szmery nad koniuszkiem serca, które również uważałbym raczej za szmery spotykane często w niedokrwistości czy blednicy, niż za objaw jakiejś sprawy, usadowionej na zastawkach.

Co do tętna, to badając je często, zauważymy prawie zawsze coś nieprawidłowego podczas przebiegu choroby, bodaj czasowo. Albo bywa ono drobne, nieco więcej niż nitkowate, a chyże, bo aż do 120, albo silnie napięte, powolne, wysokie, prawie że chybkie; często znów podczas długiego trzymania ręki na tętnicy, zauważyć można mniej lub więcej częstą różnicę co do wysokości fali tętna, często, i to prawie najczęściej, niemiarowość tętna (arytmię).

Wszystkie te objawy są wyrazem ogólnego działania zarazków wiewióra czy też jego toksyn, zarazem dowodem, że choroba ta, na pozór miejscowa, wywołuje przecie dość znaczne zmiany we krwi i w sercu, na szczęście, jak się zdaje, tylko przejściowe.

W przypadkach przewlekłych wiewióra odniosłem wrażenie, jakby zmiany powyższe były znacznie mniejsze. Czy należałoby to odnieść do zmniejszonej z biegiem czasu jadowitości zarazków, czy do wytworzonej przez ustrój większej ilości niweczników, trudno rozstrzygnąć

Dr Weberowi, właścicielowi pracowni chemicznej, serdeczne składam dzięki za wydatną pomoc.

## Piśmiennictwo bieżące.

### Chirurgia.

Schellenberg: **O ortizonie, stałym przetworze wody utlenionej.** (Würt. med. Cor. 1914. 2). Woda utleniona jest obecnie już uznana za jeden z bardzo energicznych i skutecznych leków w opatrywaniu ran. Dotąd jednak w używaniu jej wielką niewygodą (zwłaszcza dla lekarza praktycznego) była postać płynna, uciążliwa dla transportu; nadto chwilowe zalanie rany działało zbyt krótko. Zapobiega tym brakom przetwór stały pod nazwą: ortizon, będący połączeniem $H_2O_2$ z mocznikiem. W handlu znajduje się ortizon w postaci ziarenek, tabletek, lub też bardzo wygodnych do użytku sztyfcików, którymi tuszuje się rany, lub które wsuwa się do przetok, przez co działanie jest trwałe. Sztyfty te oddają również usługi przy krwawieniach, zwłaszcza z nosa i t. p. Ortizon zawiera $30^0/_0$ $H_2O_2$ tak, że 5 grm. rozpuszczone w 45 cm wody, daje rozczyn $3^0/_0$. K.

Marya Schubert. **W sprawie leczenia czyraków u osesków zapomocą termokauteru.** (Münch. med. Woch. 1914, 14). S. zaleca bardzo przy mnogich czyrakach u osesków sposób, podany przez Schülego, polegający na tem, że w szczyt świeżego, naciekłego czyraka wbija się spiczasty koniec termokauteru i przez to niszczy się odrazu całe ognisko chorobowe. Sposób ten jest przedewszystkiem u osesków o tyle dobry, że unika się przez to utraty krwi, co przy licznych, nieraz na setki czyrakach nie jest rzeczą obojętną. Nadto sposób ten zapobiega rychło dalszemu rozszerzaniu się czyraków. W ten sposób leczyć można nawet i rozmiękłe czyraki, jakie u osesków się spotyka. Prócz tego zaleca S. kąpiele mydlane, natomiast nie jest zwolenniczką otaczania czyraków maścią, celem ochrony skóry, bo ropa i tak przechodzi poza maść, a przy usuwaniu maści wciera się poprostu ropę w otoczenie Czas leczenia przez wypalanie znacznie się skraca. K.

Werner: **Sprawozdanie z czynności domu samarytańskiego dla rakowatych w Heidelbergu.** (Badeński komitet badania raka. Z. III. 1914). Sprawozdanie obejmuje czynność zakładu od 1. X. 1906 do 1. I. 1914. Z zakładu wyszło w tym czasie 91 prac naukowych o najnowszych zdobyczach na polu walki z rakiem. Przyjęto do zakładu 2785 rakowatych, a 3302 leczono ambulatoryjnie. 1999 chorych operowano, 2281 leczono promieniami Röntgena, 310 piorunowaniem, które jednak zaledwo w 7% dało trwałe (ponad 5 lat) wyniki. Leczenia innymi sposobami elektrycznymi nie dały zadowalniających wyników, podobnie szczepienia ochronne, leczenie toksynami, szczepionkami i t. p. Salwarsan okazał się skutecznym przy niektórych mięsakach (lecz zwykle chwilowo). Promienie Röntgena dają niezłe wyniki, a nawet przy nowotworach głębokich osiągano szybki (niestety nie trwały) wynik przez operacyjne antepoponowanie narządów i naświetlanie. Podobnie niezłe wyniki daje leczenie substancyami promieniotwórczemi. Przy rakach skórnych osiąga się przytem wyleczenia bardzo często. Leczenie promieniami kombinuje się z wstrzykiwaniami enzytolu, przyczem znikają (nie wiadomo czy na stałe) nieraz bardzo duże guzy, nawet narządów wewnętrznych. Na razie jednak jeszcze trzeba operować, gdzie się tylko da. K.

Schwarz: **Szybko i pewnie działający środek do wąchania przeciwko bólom zębów i uszu.** (Münch. med. Wochschr. 1914, 8). S. zrobił ciekawe spostrzeżenie, mianowicie że powąchanie z flaszeczki olejku gorczycznego (oleum sinapis aether.), przy zamkniętych oczach i ustach, po chwilowem podrażnieniu wywołuje zupełne ustanie bólu zębów. Skutek utrzymuje się kilka godzin. Podobny wynik osiąga się przy bólach pochodzenia usznego, tak że po powąchaniu olejku gorczycznego nieraz wykonać można bezboleśnie nacięcie błony bębenkowej. Natomiast przy nerwobólach środek ten zawodzi, co nawet służyć może za cechę rozpoznawczą. Flaszeczka powinna zawierać około 5 gr. olejku i nie powinna być pełną, żeby nie popalić skóry. Inne środki o ostrej woni tego działania nie mają. K.

Joseph: **Przyczynki do zupełnej rynoneoplastyki.** (Münch. med. Wochenschrift 1914, 13). Dla utworzenia całego nosa wprowadza J. nazwę »rhinoneoplastica«, by odróżnić ten zabieg od innych plastyk na nosie, jak przeszczepiania skóry, zmniejszania nosa (rhinomioplastica), poprawiania położenia lub konturów (rhinorthoplastica) i t. p. W razie braku skórnej części nosa doprawia ją J. sposobem włoskim, t. j. z ramienia. W razie zupełnego braku nosa najpierw przeszczepia J. skórę wspomnianym sposobem, a potem tworzy szkielet z pomocą dwóch pasków kości, wziętych z goleni (jeden krótszy służy za przegrodę, a drugi tworzy podstawę grzbietu nosa). Gdy się one wgoją, dorabia J. zaokrąglenie skrzydełek i obrębia dziurki osobnemi plastykami. K.

Härtel: **O śródczaszkowem leczeniu nerwobólu nerwu trójdzielnego wstrzykiwaniami.** (Med. Klinik 1914 14). W razie uporczywego nerwobólu nerwu trójdzielnego, gdy leczenie wewnętrzne lub obwodowo-operacyjne zawodzi, a chory nie ma sił na wycięcie zwoju Gassera, zaleca H. śródczaszkowe wstrzykiwania 70—80% alkoholu, co zwykle w razie dobrej techniki ma skutek dobry. Do otworu owalnego dochodzi się dość łatwo od strony policzka, posuwając się podśluzowo na wysokości drugiego zęba trzonowego (molaris) pomiędzy żuchwą a szczęką górną mniej więcej w głębokości 6 cm., poczem zaczyna się wstrzykiwanie, zwolna posuwając igłę do $1^1/_2$ cm. Wstrzykuje się 1 $cm^3$. Chory powinien potem spokojnie leżeć godzinę. Przez tydzień chroni się oko, potem stosuje się odpowiednie okulary ochronne. Po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu zwykle cierpienie ustępuje na stałe. W klinice Biera na 24 chorych u 14 uzyskano zupełne wyleczenie, u innych poprawę. K.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Sekcya zakopiańska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

**Posiedzenie d. 18. III. 1914.**

Obecnych 8 członków.

1. Kol. Wieselman: **O zaburzeniach nerwowych i psychicznych u gruźliczych** (według Muralta).

W dyskusyi a) Kol. Rudzki proponuje rozpatrzenie spraw spornych: o stosunku gruźlicy do zaburzeń nerwowych i o wpływie klimatu górskiego na cierpienia nerwowe, głównie na neurastenię i chorobę Basedowa. Osobiście doszedł do przekonania, że pobyt w górach wpływa dodatnio na chorobę Basedowa; bezsenność jest indywidualnym objawem nerwowym, naogół jednak rzadko daje się spostrzegać pogorszenie snu w Zakopanem; uporczywa bezsenność jest przeciwwskazaniem do pobytu w górach. Neurastenicy po większej części dobrze znoszą klimat górski. Na poty gruźliczych pobyt w Zakopanem zwykle wpływa dodatnio. Pobudliwość płciowa u gruźliczych jest nietyle objawem toksycznym, ile wytworem warunków leczenia. — b) Kol. Wieselman przytacza opinię Muralta, iż na neurasteników góry zwykle wpływają ujemnie; co do potów zaś wpływ bywa dodatni; bezsenność jest to rzecz indywidualna. — c) Kol. Czaplicki stwierdza, iż ogół chorych, cierpiących na bezsenność, znosi dobrze klimat górski. Mowca zauważył, że w Zakopanem wystarcza często krótszy sen, niż w nizinach. Poty w górach ustępują wskutek poprawy stanu chorych. Pobudliwość płciowa gruźliczych zależy od toksyczności prątków Kocha. — d) Kol. Gaik potwierdza spostrzeżenie kol. Czaplickiego, że mała ilość godzin snu nieraz w górach wystarcza chorym; ujemnego wpływu na sen mowca nie zauważył w Zakopanem. Co do neurasteników, znoszą oni dobrze klimat górski i 75% z nich wyjeżdża z Zakopanego wyleczonych. Na chorobę Basedowa żaden klimat nie wpływa tak korzystnie, jak wysokogórski. Z 200 przeszło chorych tego rodzaju, spostrzeganych przez mowcę, prawie u wszystkich stan się poprawił; potrzebny jest jednak dłuższy czas leczenia (5—8 miesięcy). — e) Kol. Wilczyński przytacza pogląd Godlewskiego, iż dwie są kategorye neurastenii — o wzmożonem i zmniejszonem parciu krwi. Chorzy ze wzmożonem ciśnieniem krwi źle się czują w klimacie wysokogórskim. Choroby Basedowa spostrzegał mowca kilkanaście przypadków: chorzy, których stan się poprawił, byli to ci, u których ciśnienie krwi było nizkie. — f) Kol. Gaik w ostatnich 2 latach badał ciśnienie krwi u chorych na chorobę Basedowa i zawsze znajdował wzmożone parcie. Wbrew zdaniu kol. Wilczyńskiego, spostrzegał mowca dobry stan podmiotowy i u tych, którzy mieli bardzo wysokie ciśnienie (do 170 mm. Hg). — g) Kol. Czaplicki zauważył, że wśród napływowej ludności Zakopanego rozwijają się objawy choroby Basedowa; odniósł również wrażenie, że bywają domy zakażone pod tym względem. — h) Kol. Gaik nie widział u miejscowej ludności ani u napływowych mieszkańców Zakopanego rozwoju choroby Basedowa. Zakaźności tej choroby również nie spostrzegał. — i) Kol. Brzeziński podkreśla, że u młodocianych osób choroba Basedowa poprzedza nieraz wystąpienie gruźlicy. Co do neurastenii, gruźlica bywa nieraz bodźcem do wcześniejszego jej rozwoju (Muralt). Poty gruźliczych są jedynie toksycznym objawem. Użalania się na bezsenność są przeważnie wynikiem suggestywności gruźliczych. Chorzy na chorobę Basedowa czują się doskonale do 1000 metrów wysokości, gorzej w wyższych górach; jeżeli parcie krwi u takich chorych nie podnosi się, należy ich wysłać z gór. Na sferę płciową gruźlica wywiera niewątpliwie wpływ podniecający. Wreszcie podkreśla mowca spaczenie charakteru u wielu gruźliczych, ich kłamliwość i zmniejszoną odpowiedzialność. — k) Kol. Czaplicki i Gaik

nie zgadzają się z ostatniem zdaniem kol. Brzezińskiego: spaczenie charakterów bywa i w innych chorobach przewlekłych. — 1) Kol. Rudzki podkreśla fakt, że ciśnienie krwi w górach zawsze podnosi się (Burckhardt); tem objaśnia się dobroczynny wpływ klimatu górskiego na chorych ze zmniejszonem parciem krwi. Co do charakteru gruźliczych, mowca również występuje przeciwko twierdzeniu, że gruźlica deprawuje chorych; z wielu spostrzeżeń sądzić można wręcz odwrotnie, że gruźlica wysubtelnia i zaostrza zdolności umysłowe i podnosi poziom etyczny.

2. Kol. Woyczyński podaje swe **spostrzeżenia nad działaniem szczepionki Friedmanna**. Mowca stosował ją w 15 przypadkach, z nich w 12 po 1 razie, w 3 po 2 razy w odstępie czasu 7—8 tygodni pomiędzy jednem a drugiem wstrzyknięciem. Chorzy byli przeważnie w III okresie Turbana. U większości po szczepionce podnosiła się ciepłota o kilka dziesiętnych w ciągu pierwszych dni, u jednego chorego było większe podniesienie ciepłoty. Po środku Friedmanna poprawa w płucach wystąpiła u 11 chorych, wyniku nie było u 4. Wartości środka na mocy tego materyału oceniać nie można, gdyż przypadki były niejednolite; z 6 jednak chorych, którzy od dłuższego czasu pozostawali w Zakopanem i stan ich płuc oddawna był bez zmiany, — u 5 pod wpływem szczepionki Friedmanna wystąpiła poprawa; natomiast polepszenie to było nieduże i krótkotrwałe, gdyż po 2—4 tygodniach zwykle znikało. Nacieki na miejscu wstrzyknięcia powstały u 7 chorych (z 15); występowały one najczęściej po 6—7 i 9 tygodniach; po pęknięciu tych ropni zjawiała się wydzielina taka, jak w kilakach.

W dyskusyi a) kol. Czaplicki opisuje 4 swoje spostrzeżenia, dotyczące chorych, od kilku lat będących pod obserwacyą mówcy; okres choroby II—III Turbana; jedna chora gorączkująca, 3 bez gorączki. Po wstrzyknięciu środka Friedmanna u 2 chorych stan pozostał na razie bez zmiany, u 2 pogorszył się: u jednej z nich ciepłota podniosła się o kilka dziesiętnych, chora nie mogła chodzić; w płucach wystąpiło zaostrzenie; na miejscu wstrzyknięcia po 7 tygodniach zjawił się naciek. U drugiej chorej w 5 dni po wstrzyknięciu ciepłota podniosła się, w płucach stan wyraźnie się pogorszył; wreszcie wystąpił silny krwotok płucny, trwający dotąd przez 5 tygodni. — b) Kol. Wilczyński osobiście nie stosował środka Friedmanna, lecz w prasie zauważył zmianę frontu na gorsze. Mówca przytacza spostrzeżenia rosyjskie Leźniewa i Złatogorowa oraz amerykańskie — z wynikami naogół ujemnymi; prątki Kocha po szczepionce nigdy nie znikały, obniżenia ciepłoty nie było. Jedynie Müller w krótkich słowach opisuje swe »doskonałe wyniki«, naogół zaś co do środka Friedmanna albo panuje rezerwa albo zaznaczają pogorszenie. — c) Kol. Rudzki stosował szczepionkę Friedmanna w jednym przypadku na wyraźne żądanie samego chorego. Był to chory z bardzo rozległemi zmianami rozpadowemi w obu płucach, leczący się od kilku lat. Po wstrzyknięciu miejscowego odczynu nie było; ciepłota, dotąd prawidłowa, podniosła się pierwszego dnia do 37·8, potem przez 10 dni nie przekraczała 37·0, jednocześnie w płucach było mniej rzężeń, natomiast potem wystąpiło wybitne pogorszenie w płucach, rozpad szybko posunął się przy wysokiej gorączce. Chory po 3 tygodniach wyjechał, dalsze jego losy są nieznane. Mowca sądzi, że środek Friedmanna należy do wysoce nieobojętnych dla ustroju gruźliczego i może często zaszkodzić, że bez zezwolenia rodziny nie wolno robić tego zabiegu. Zapytuje wreszcie kol. Woyczyńskiego, czy nie badał bakteryologicznie samego środka Friedmanna w nadesłanych sobie ampułkach oraz zawartości ropni, powstających po wstrzyknięciu. — d) Kol. Brzeziński zajmuje w danej sprawie stanowisko wyczekujące. Stosował szczepionkę u 2 chorych: pierwszy ciężko chory (in extremis), z rozległemi zmianami gruźliczemi w obu płucach, zmarł w 4 dni po wstrzyknięciu; drugi czuł się lepiej przez parę dni; potem ciepłota podniosła się do 38°, w płucach wystąpiły liczniejsze rzężenia oraz zjawiło się krwioplucie (które bywało u chorego i przedtem). Mowca przytacza z piśmiennictwa ujemne wyniki Mannheimera. Niespopularyzowanie idei Friedmanna przez 10 lat przemawia przeciw temu środkowi. — e) Kol. Woyczyński w odpowiedzi zaznacza, że w prasie zmiany frontu nie było, gdyż właściwie piśmiennictwa o środku Friedmanna prawie niema. Ampułek ze szczepionkami sam nie badał, kilka jednak z nich posłano do Lwowa, i tam prócz bakteryi gruźliczych typu zimnokrwistych i ziarenkowców stanowczo niechorobotwórczych nic nie znaleziono. Wstrzykiwanie śródżylne robił mowca w 3 przypadkach, powstaniu jednak ropni nie zapobiegł. W jednym przypadku były ropnie nawet w miejscu dwóch wstrzyknięć śródmięśniowych. Ujemnego wpływu środka Friedmanna na krwioplucia nie widział. Waga po wstrzyknięciu czasami bardzo się podnosiła.

**Posiedzenie dnia 20. IV. 1914.**

Obecnych 8 członków, oraz gość kol. Falkowski.

1. Kol. Czaplicki streszcza artykuł L. Rabinowiczówny (Deutsche med. Woch. 1914, Nr 14) **o szczepionce Friedmanna**. Doświadczenia autorki wypadły bardzo ujemnie: z 10 zbadanych ampułek, w 6 stwierdzono zanieczyszczenie różnemi innemi bakteryami, w tej liczbie gronkowcami i w 1 przypadku paciorkowcem. Wątpliwem jest nawet, czy szczepionka zawiera prątki gruźlicze żółwia, jak twierdzi Friedmann. Rabinowiczówna domaga się kontroli państwowej nad instytutami Friedmanna. W zakończeniu stwierdza kol. Czaplicki, że stosując środek Friedmanna, padliśmy ofiarą mistyfikacyi. Z osobistego materyału mowcy wszystkie 4 chore, którym wstrzyknął szczepionkę, mają się gorzej. Wyniki, otrzymane u nas w Zakopanem, są tak złe, że należy ostrzedz innych kolegów przed stosowaniem szczepionki Friedmanna; kol. Cz. stawia wniosek wydania przez Sekcyę zakopiańską odpowiedniej enuncyacyi.

W dyskusyi: a) kol. Brzeziński uzupełnia sprawozdanie kol. Czaplickiego: Vulpius i Laubenheimer na 13 zbadanych fiolek ze szczepionką Friedmanna, w 2 tylko nie znaleźli domieszek, poza tem były obecne zwykle bardzojadowite ziarenkowce. U swych chorych autorzy ci nie spostrzegali polepszenia; przeciwnie w 1 przypadku nastąpiła po wstrzyknięciu śmierć przy objawach ostrego zatrucia; w drugim po szczepionce wystąpiła silna duszność z zapadem. Środek tedy Friedmanna jest bardzo nieobojętny, a nawet szkodliwy. — b) Kol. Nowotny stosował szczepionkę Friedmanna w 3 przypadkach gruźlicy chirurgicznej: w pierwszym, z próchnieniem kręgu, po wstrzyknięciu nie było odczynu, w 4 jednak tygodnie potem nastąpiło rozsianie się gruźlicy i śmierć. W drugim przypadku z gruźlicą stawu kolanowego, po wstrzyknięciu pogorszenie; przy następnej resekcyi stwierdzono w kości goleniowej dwa świeże ogniska. W trzecim przypadku z gruźlicą śródstopia, po szczepionce Friedmanna sprawa szybko się posunęła. Mowca jest za enuncyacyą i ostrzeżeniem. — c) Kol. Żychoń wstrzykiwał środek Friedmanna 9 chorym, z nich 6 miał w ściślejszej obserwacyi. W 4 przypadkach stan nie uległ żadnej zmianie, w 2 nastąpiło pogorszenie; w jednym z nich nastąpił silny krwotok płucny i wybitne pogorszenie w płucach (poprzednio chory przez $1^1/_2$ roku nie pluł krwią, jama gruźlicza zaciągała się). Co do 4 przypadków, w których płuca pozostały bez zmiany, u jednego w 4 dni po wstrzyknięciu wystąpił wyraźny zwrot ku lepszemu, rzężenia drobnobańkowe, które od dłuższego czasu istniały na przestrzeni $1^1/_2$ płatu, znikły prawie zupełnie; po tygodniu jednak poprawy wystąpiło znów zaostrzenie i chory wyjechał w tym samym stanie, w jakim był przed wstrzyknięciem środka Friedmanna. W drugim przypadku u ciężko chorego poprzednio bywały częste krwioplucia które po szczepionce nie powtarzały się więcej na razie. Na-

tomiast u trzeciego chorego na drugi dzień po wstrzyknięciu nastąpił krwotok płucny. W czwartym wreszcie przypadku — po śródmięśniowem wstrzyknięciu środka Friedmanna wystąpiły mnogie ropnie w różnych miejscach; wstrzyknięto szczepionkę do żyły i wtedy koło miejsca wstrzyknięcia powstało nowe ropienie W płucach pogorszenia niema, lecz ropnie dotąd trwają (przeszło 3 miesiące po wstrzyknięciu). Mowca jest za wyrażeniem nieprzychylnej opinii o szczepionce Friedmanna.— d) Kol. Kraszewski stosował środek Friedmanna u 6 chorych. W pierwszym przypadku wystąpiło powierzchowne ropienie na miejscu wstrzyknięcia, trwało ono $2^1/_2$ miesiąca, ciepłota naogół obniżyła się nieco, w płucach przebieg pomyślny. W drugim przypadku ze sprawą gruczołową żadnego wpływu szczepionka nie wywarła. W trzecim — z gruźlicą płuc i jelit — wystąpiło zrazu wybitne polepszenie stanu podmiotowego, ciepłota z $39^0$ spadła do 37·5, dreszcze i poty nocne ustąpiły, biegunka po 3 tygodniach zmniejszyła się znacznie, w 3 tygodnie jednak potem po grypie sprawa znów zaostrzyła się. W 3 wreszcie przypadkach z gruźlicą płuc i krtani po szczepionce Friedmanna wystąpiło wyraźne pogorszenie, zwłaszcza w krtani (w jednym naciek szybko się rozpadł, powstały 2 nowe owrzodzenia). Na miejscu wstrzyknięcia odczynu nie było. Mowca przyłącza się do enuncyacyi. — e) Kol. Brzeziński wspomina, że jeden z kolegów lwowskich stosuje środek Friedmanna, jakoby z dobrymi wynikami. Co do komunikatu kol. U., uważa go za przedwczesny. — f) Kol. Rudzki zaznacza, że Prof. Kučera i Dr Selzer mieli odczyt o szczepionce Friedmanna w lwowskiem Tow. lekarskiem w d. 3 kwietnia r. b., wnioski autorów nie są jeszcze znane z pism *). W Davos próby ze środkiem Friedmanna zrobiły fiasko. Co do ostrzeżenia mowca sądzi, że najlepiej byłoby umieścić je jako wynik dyskusyi w protokołach z poprzedniego i dzisiejszego posiedzenia. — g) Kol. Żychoń uważa wprost za obowiązek Sekcyi ostrzedz ogół kolegów o szkodliwości szczepionek Friedmanna. — h) Kol. Rudzki proponuje, aby projekt enuncyacyi umieścić na porządku dziennym przyszłego posiedzenia i żeby wtedy zapadła ostateczna decyzya, a to ze względu na nieobecność dzisiaj paru kolegów, którzy mieli podobno lepsze wyniki po szczepionce od przytoczonych w dyskusyi. — i) Kol. Czaplicki radzi wobec tego zwołać umyślne posiedzenie za 3 dni. Wniosek ten podtrzymują kol. Nowotny i Rudzki. — k) Kol. Mischke oświadcza się za ostrzeżeniem z podaniem tabliczki, w której byłyby zestawione wszystkie przypadki, leczone podług Friedmanna w Zakopanem. — l) Kol. Wieselmann osobiście nie stosował środka Friedmanna, lecz jest za ostrzeżeniem ze względu na ujemne wyniki, o których zewsząd słyszy. Wobec tego, że zebrani koledzy jednomyślnie oświadczają się ujemnie o szczepionce Friedmanna, nie uważa mowca za potrzebne zwoływania umyślnego posiedzenia.

Po przemówieniach kol. Brzezińskiego, Czaplickiego, Kraszewskiego, Nowotnego i Żychonia uchwalono jednomyślnie wniosek kol. Czaplickiego, żeby zwołać nadzwyczajne zebranie w najkrótszym czasie (obrano 25 b. m.), przygotować enuncyacyę i po uchwaleniu jej, wydrukować razem z protokołami obu ostatnich posiedzeń. Do zredagowania projektu enuncyacyi wybrano kol. Czaplickiego i Rudzkiego.

2. Kol. Żychoń podał **projekt statystyki gruźlicy w Zakopanem.**

Wobec tego, że uchwalony przed 4 laty schemat statystyczny okazał się niedogodnym i nikt prawie z kolegów go nie wypełniał, proponuje kol. Żychoń zmniejszyć ilość zapytań.

Po ożywionej dyskusyi, w której zabierali głos kolejno kol. Kraszewski, Rudzki, Wieselmann, Brzeziński, Żychoń i Czaplicki, przyjęto skrócony schemat, proponowany przez referenta, oraz uchwalono rozpocząć zbieranie statystyki od 1 lipca 1914 r. i co kwartał oddawać wypełnione arkusze lekarzowi klimatycznemu.

3. W wolnych wnioskach kol. Czaplicki proponuje oświadczyć się przeciw projektowanemu domowi gry w Zakopanem. Wniosek kol. Czaplickiego gorąco poparli kol. Żychoń, Brzeziński i Rudzki, poczem uchwalono: »Sekcya Zakopiańska T. l. g. oświadcza się stanowczo przeciw założeniu domu gry w Zakopanem, zarówno z punktu widzenia lekarskiego, jak i obywatelskiego«.

Dodatkowo uchwalono upoważnić kol. Żychonia do powołania się w Radzie gminnej na opinię sekcyi, oraz przyjęto do wiadomości oświadczenie kol. Żychonia, iż podejmuje się on wszczęcia akcyi w prasie przeciwko domowi gry w Zakopanem.

4. Zapowiedziany odczyt kol. Brzezińskiego: »Gruźlica a małżeństwo« odłożono do następnego posiedzenia.

**Nadzwyczajne posiedzenie d. 25. IV. 1914.**

poświęcone sprawie enuncyacyi, ostrzegającej przed stosowaniem środka Friedmana.

Obecnych 8 członków oraz 3 gości.

1. Na początku posiedzenia odczytano list kol. Różeckiego, który w odpowiedzi na zaproszenie prezydyum oznajmia, że przybyć na zebranie nie może; »wobec tego, że wszyscy obecni na posiedzeniu w d. 20 IV. członkowie już wypowiedzieli się jednomyślnie za podaniem do pism lekarskich enuncyacyi, ostrzegającej przed użyciem środka Friedmanna, uważałby wyrażenie swego zdania na posiedzeniu za bezcelowe: nie mniej, nie stając w obronie środka Friedmanna, nie przyłącza się do postanowionej przez Sekcyę akcyi, będąc raczej za wnioskami, ogłoszonymi przez Dra Selzera w Nr 17 Tyg. lek. str. 226, 40. wiersz od góry, aż do końca artykułu, ze szczególnem uwzględnieniem punktu 3 i 4., oraz przytoczonego dalej nieco zdania Brauera«.

2. Drugi z zaproszonych na posiedzenie kolegów, którzy byli nieobecni na poprzednich zebraniach, kol. Januszkowski, streszcza swoje spostrzeżenia nad środkiem Friedmanna: Stosował go w 10 przypadkach, z nich 2 stracone z obserwacyi. Pozostałych 8 chorych spostrzegał $3-3^1/_2$ miesiąca. Z nich 6 było w III okresie Turbana, 1 pomiędzy II a III, 1 wreszcie przy niewielkich zmianach szczytowych miał sprawę gruczołową bez podniesienia ciepłoty, w 2 przypadkach było gruźlicze zajęcie krtani. Po wstrzyknięciu szczepionki Friedmanna w 4 przypadkach nastąpiła wyraźna poprawa ogólna i miejscowa, z nich 1 chory stracił gorączkę (przedtem miał stany podgorączkowe). W 2 przypadkach stan pozostał bez zmiany; u 2 wreszcie chorych wystąpiło zupełnie wyraźne pogorszenie. Pierwsza z nich, młoda chora ze stanami podgorączkowymi przy dużych zmianach płucnych, doznała po szczepionce Friedmanna chwilowej poprawy (zmniejszenie potów i duszności), na 9. jednak dzień wystąpiła bardzo silna gorączka (do $40^0$) z dreszczami, w płucach ogromne zaostrzenie, mnóstwo rzężeń nawet w zdrowych dotąd dolnych płatach; trwało to 3 tygodnie, poczem zaczęło ustępować, lecz gorączka stale utrzymuje się dotąd do $39^0$. Druga chora, 19-letnia, z dużemi zmianami w obu płucach i rozpadem w lewem płucu, przy gorączce stałej do $39^0$. Po wstrzyknięciu na 7—8. dzień gorączka wyższa, sprawa rozpadowa szybko się posunęła. Pogorszenie u obu chorych nastąpiło jakby dzięki szczepionce Friedmanna; obu chorym wstrzyknięto po 0·2 z jednej ampułki. Dwie inne chore, którym wstrzyknięto zawartość innej ampułki Friedmanna, osiągnęły wyraźne polepszenie: U jednej na 3—4. dzień wystąpiła gorączka i silne podrażnienie opłucnej w całem płucu, po 7 dniach jednak objawy te ustąpiły, poczem stan wyraźnie się poprawił i polepszenie w płucach trwa dotąd (4 miesiące obserwacyi); w 11. tygodniu powstał ropień na miejscu wstrzyknięcia. U drugiej chorej po szczepionce znikł

---

*) Okazały się one nieprzychylne dla Friedmanna (patrz Tyg. lek. Nr 17 z d. 23 kwietnia 1914 r.).

stan podgorączkowy, poprawa ogólna i mniej wyraźna miejscowa. W 11. tygodniu powstał również ropień na miejscu wstrzyknięcia, który trwa dotąd po 4 tygodniach. W dwóch innych wreszcie przypadkach (u chorego w II—III okresie Turbana i u drugiego — ze sprawą gruczołową) po szczepionce wystąpiła poprawa ogólna. Śródżylnie kol. J. nigdy szczepionki nie wstrzykiwał. Ze spostrzeżeń swych mowca żadnych wniosków nie wyciąga wobec zbyt małego materyału. Enuncyacyę uważa za przedwczesną.

3) Kol. Czaplicki i Rudzki odczytują projekt enuncyacyi, nad którą powstała ożywiona dyskusya. Zabierali głos wszyscy obecni członkowie.

a) Kol. Czaplicki podnosi, że gdy otrzymaliśmy 17 pogorszeń na 45 przypadków, to mamy prawo ostrzedz kolegów. — b) Kol. Nowotny podkreśla, że środek Friedmanna dyskredytuje to, że jest zanieczyszczony i nie jest nieszkodliwy. 45 przypadków, to liczba poważna; więcej materyału mieć nie będziemy, gdyż nikt z nas stosować nadal szczepionek Friedmanna nie będzie. Duża liczba pogorszeń i ropni nakazuje ostrzedz. Trzeba mieć odwagę wygłoszenia swego zdania przedmiotowego, nie czekając na autorytety. — c) Kol. Kraszewski zaznacza, że my w Zakopanem, mając największy materyał, powołani jesteśmy do wyrażenia swego zdania, żeby zwrócić baczniejszą uwagę na ten środek.

Po przedyskutowaniu szczegółów enuncyacyi i formy jej, uchwalono wszystkimi głosami przeciw jednemu ogłosić następujące:

**Oświadczenie Sekcyi zakopiańskiej Tow. lekarzy galicyjskich w sprawie środka Friedmanna.**

Opierając się na sprawozdaniach z posiedzenia Tow. lekarskiego berlińskiego w listopadzie 1913 r., w których podane były jakoby bardzo korzystne wyniki, otrzymane przez lekarzy berlińskich z prof. Schleichem na czele po zastosowaniu szczepionki Friedmanna, lekarze zakopiańscy wprowadzili w użycie ten środek po zbadaniu w Berlinie przez jednego z kolegów sposobu stosowania. W przeciągu pierwszych czterech miesięcy r. b. ośmiu kolegów zakopiańskich stosowało szczepionkę Friedmanna u 45 chorych, z których 3 miało gruźlicę kości, reszta zaś gruźlicę płuc z powikłaniami krtaniowemi w 5 przypadkach i jelitowemi w 2. Wyniki były następujące: w 2 przypadkach śmierć, w 15 pogorszenie, w 12 stan bez zmiany, w 16 mniej lub więcej krótkotrwała poprawa. W 13 powstały ropnie na miejscu wstrzyknięcia. Szczegóły uwidocznione są w przytoczonych powyżej protokółach posiedzeń.

Opierając się na omówionych spostrzeżeniach, Sekcya zakopiańska uznaje, iż 1) środek przeciwgruźliczy Friedmanna bynajmniej nie jest nieszkodliwy. 2) Dotychczasowe spostrzeżenia każą powątpiewać o wartości leczniczej tego środka w dzisiejszej jego postaci. 3) W obecnym swym stanie środek Friedmanna nie nadaje się do celów leczniczych, a tem bardziej zapobiegawczych ze względu na wielokrotnie stwierdzone zanieczyszczenie go innymi drobnoustrojami, głównie ropotwórczymi.

Dr Stefan Rudzki, sekretarz. Dr E. Brzeziński, prezes.

## Medycyna publiczna. Higiena. Epidemiologia.

### Z epidemiologii duru plamistego.

Podał

**Dr Julian Bory,**

c. k. starszy lekarz powiatowy w Drohobyczu.

(Według wykładu, wygłoszonego w dniu 17 lutego 1914 r. na Zjeździe lekarzy powiatowych we Lwowie).

Na zjazdach naszych, odbytych w r. 1902 we Lwowie i w r. 1912 w Krakowie, wygłosiłem prawie równobrzmiące referaty o rozpoznaniu i o sposobie przenoszenia się duru plamistego.

Sprawy rozpoznania nie będę poruszać; przedstawiłem ją w artykule, pomieszczonym w naszym miesięczniku związkowym »Der Amtsarzt«, 1912; w przedmiocie tym niema nic nowego do dodania.

Natomiast od tego czasu pojawiły się prace kilku autorów, poruszające także sprawę dróg, któremi przenosi się zarazek z osoby na osobę. Najważniejsze i najdonioślejsze są tu prace Nicollea i jego współpracowników Conora i Conseila, ogłoszone w latach 1910—1912 w rocznikach Zakładu Pasteura, rzucające wiele światła na epidemiologię duru plamistego, i z tego powodu uważam za stosowne omówić tę sprawę ponownie, uzupełniając ją nowemi zdobyczami i przyczynkiem z własnej obserwacyi.

Nicolle wraz z wymienionymi współpracownikami na podstawie obserwacyi epidemii w Tunisie i doświadczeń na małpach dochodzi do wniosku, że zarazek przenieść mogą wszy i że są one nawet wyłącznemi przenosicielkami choroby.

Doświadczalnie udało się tym badaczom przenieść chorobę na małpy, mianowicie na szympansa, makaka i magota. Do szczepienia jadu używali wstrzykiwań krwi z chorych, i to naprzód pod skórę, następnie do żył, a wreszcie z najpewniejszym wynikiem do otrzewnej.

Najczulsze na jad okazały się szympansy, u których do wywołania choroby wystarczy podskórne wstrzyknięcie 1 cm sześć. krwi. Makaki i magoty są mniej wrażliwe, do ich zakażenia potrzeba dawki wyższej, 4 do 5 cm. sześć., i wprowadzenia tej dawki do jamy otrzewnej.

Z małp na małpy można chorobę przenosić bez ograniczenia. Przebieg duru plamistego u małp zbliżony jest do obrazu tej choroby u człowieka, a prawie identyczny z przebiegiem jej u dziecka, a zatem zazwyczaj lżejszy i o krótszym czasie trwania, niż u człowieka dorosłego.

Dalej okazało się, że zarazek zawarty jest we krwi w ciągu całego okresu gorączkowego i jeszcze do dwu dni po ustąpieniu gorączki, a z drugiej strony pojawia się we krwi już na dwa dni przed jej wystąpieniem, i że przebycie cięższej formy duru doświadczalnego wywołuje odporność, stwierdzoną jeszcze po upływie roku.

Wreszcie udało się tym badaczom przenieść chorobę za pośrednictwem wszy z małpy na małpę, a mianowicie w ciągu dwu lat doświadczeń ogółem w czterech przypadkach; tę część doświadczeń, najważniejszą w sprawie przenośników zarazka, przytoczę nieco szczegółowiej. Do doświadczeń swych używali badacze francuscy wszy ubraniowej (pediculus vestimenti).

W r. 1909 na skórę chorej na dur plamisty małpy »macacus sinensis«, oznaczonej liczbą 1, w trzecim dniu choroby nastawiono wszy, głodzone poprzednio przez osiem godzin, w ilości 29 sztuk, a w następnych sześciu dniach przystawiano je codziennie na skórę dwu małp zdrowych tego samego gatunku, oznaczonych literami A i B; w szczególności na skórę małpy A w sześciu następujących po sobie dniach nastawiono po 15, 12, 13, 8, 6 i 3 sztuk tych owadów zakażonych, które zatem w dniu ich przystawienia były 1, 2, 3, 4, 5 i 6 dni po żywieniu zakażającem; w podobny sposób zakażano małpę B przez dni 12. Obydwie małpy zachorowały na dur plamisty po okresie wylęgania, wynoszącym u małpy A 22 dni, u małpy B aż 40 dni.

W podobny sposób udało się w roku następnym (1910) przenieść dur plamisty na dwie małpy tego samego gatunku, oznaczone liczbami 28 i 29. Wszy, użyte w tych dwu doświadczeniach, były od 5 do 7 dni po żywieniu zakażającem na małpie.

Natomiast podobne doświadczenia, wykonane równocześnie na małpach tegoż gatunku, oznaczonych liczbami 25, 26 i 34, wypadły ujemnie; wszy, użyte u małp 25 i 26, były od 1 do 4 dni, a u małpy Nr 34 od 9 do 12 dni po zakażeniu czyli po żywieniu zakażającem na małpie. U małp

tych (25, 26 i 34), których ciepłotę ciała mierzono w ciągu dni 40, nie wystąpiły żadne zaburzenia.

Z doświadczeń tych Nicolle wysnuwa wniosek, że wszy przenoszą zarazę tylko wówczas, gdy na 5 do 7 dni przedtem były zakażone, z czego w dalszym ciągu wynikałoby, że nieznany zarazek duru plamistego odbywa w ustroju wszy odrębny okres rozwoju, podobnie jak pierwotniak zimnicy w ustroju komarów widliszów. Podobne doświadczenia, wykonane przez Rickettsa i Wildera z wszami w trzech przypadkach, nie wywołały wprawdzie choroby, sprowadziły jednak u małp, do doświadczeń użytych, odporność przeciw dalszemu zakażeniu. Ci sami badacze amerykańscy (Ricketts i Wilder, przytoczeni według Nicollea) używając w jednym przypadku pcheł, żywionych na kilku chorych, otrzymali w doświadczeniu z małpą wynik ujemny. Z tego jedynego doświadczenia Ricketts i Wilder, a za nimi Nicolle wysnuwają daleko idący i śmiały wniosek, że pchły nie odgrywają roli w przenoszeniu zarazka duru plamistego.

Dalsze badania własności zarazka, dokonane przez Nicollea, wykazały, że ginie on we krwi ogrzewanej do 50—55° C i że jest on zawarty w białych ciałkach krwi, a niema go w krwinkach czerwonych, ani też w surowicy przesączonej przez sączek Berkefelda. Płyn mózgowordzeniowy nie jest zakaźny, a zatem nie zawiera zarazka.

Surowica krwi ozdrowieńców lub małp wyleczonych ma wyraźne własności ochronne zapobiegawcze i lecznicze względem zakażenia doświadczalnego u małpy lub względem choroby naturalnej u człowieka. Własności te są bardzo wybitne w 10. i 12. dniu po ustąpieniu gorączki, lecz później znikają szybko tak, że w 15 do 20 dni po ustąpieniu gorączki surowica straciła to działanie (le sérum, après 15 à 20 jours, semble avoir perdu toute activité).

Ze środków, stosowanych w celach leczniczych, salwarsan okazał się zupełnie bezskutecznym, a nawet niebezpiecznym.

Doświadczenia te są zajmujące i mają wielką donioslość, ponieważ rzucają wiele światła na epidemiologię duru plamistego i wskazują drogi, jakiemi powinny pójść dalsze badania i doświadczenia.

Wynika z nich także, że wszy mogą w danym razie być przenosicielkami zarazka. Nie wydaje mi się jednak ani dowiedzioną, ani słuszną dalsza część wniosku Nicollea, opiewająca, że wszy stanowią wyłączny czynnik w przenoszeniu choroby rodzimej (les agents uniques de transmission dans la nature du ts. ex). Zbyt mała liczba dodoświadczeń dodatnich nie uprawnia do tak stanowczych wniosków. Ogółem udało się tylko cztery razy przenieść chorobę za pośrednictwem wszy, a nie można (przynajmniej z opisu doświadczeń) wyłączyć innej drogi zakażenia, n. p. za pośrednictwem pcheł, które, jak zobaczymy, mogą odbywać dalekie wędrówki. Okres wylęgania w jednym przypadku (u małpy A) wynosił 22, w drugim (u małpy B) nawet 40 dni, co może wzbudzać pewne wątpliwości. Nie wdając się w szczegółową krytykę doświadczeń, trudno jednak wstrzymać się od uwagi, że wnioski, wysnute z małej liczby doświadczeń, są zbyt śmiałe. Wobec tego tę część wniosków Nicollea uważam co najmniej za niedowiedzioną i wątpliwą.

W sprawozdaniach moich, przedstawionych w r. 1902 i w r. 1912 (j. w.), wyraziłem przypuszczenie, że w naturze dur plamisty z osoby na osobę przenoszą owady, zaszczepiające jad podskórnie, że główną rolę w tem odgrywają pchły i starałem się uzasadnić to przypuszczenie na podstawie obserwacyi, które treściwie przypomnę, dołączając w końcu szczegół nowy.

Do takiego wniosku skłoniła mnie przedewszystkiem znana wielka zakaźność choroby, co nie dałoby się snadnie wyjaśnić powolnością i ociężałością ruchów wszy.

Wielka zakaźność choroby nie jest jednak bezwzględna, lecz jest zawisła od pewnych warunków, sprzyjających jej rozwojowi, względnie rozwleczeniu; jak wiadomo, dur plamisty szerzy się gwałtownie przedewszystkiem tylko wśród najuboższych warstw ludności, skąd zyskał nawet nazwę tyfusu głodowego. Po wejściu do chaty nieczystej, zamieszkałej przez rodzinę ubogą, nawiedzoną durem plamistym, odczuwamy zaraz dotkliwie ataki całych rojów pcheł, a przy zmianie odzieży spostrzegamy, zwłaszcza na goleniach, liczne ślady ich ukłuć. Jestto okoliczność, która mi nasunęła myśl o ważnej roli pcheł w przenoszeniu zarazka.

Skoro choroba pojawi się w takiej nędznej, nieschludnej chacie, to wszyscy domownicy na nią zapadają — są to istne wylęgarnie duru plamistego. Natomiast nie grasuje on tak bezwzględnie w domach i rodzinach zamożniejszych, a przedewszystkiem schludniejszych, których w czasie epidemii albo wcale nie nawiedza, albo — co jeszcze bardziej jest uwagi godne i znamienne — dostawszy się tu, nie nawiedza wszystkich domowników, lecz ogranicza się do jednej lub dwu osób, mimo że wspólnie z chorym w tej samej izbie przebywa większa ich liczba. Nadmieniam przy sposobności, że od szeregu lat, odkąd ludność gmin i domów zakażonych pouczam, że pchły przenoszą zarazę, obserwowałem stale, że przestrzeganie czystości i stosowanie środków tępiących owady miało skutek taki, iż nawet w domach biedniejszych choroba ograniczała się do 1 lub 2 osób, oszczędzając resztę domowników.

(Dokończenie nastąpi).

## III. Zjazd balneologów polskich
### w Krakowie 4. i 5. maja 1914.

Odbyty w połączeniu ze Zjazdem turystycznym III Zjazd balneologiczny nie był tak liczny, jakby należało i nie dorównywał w tym względzie Zjazdom poprzednim. Natomiast nie ustępował im pod innymi względami, a zapisał się dobrze w pamięci uczestników zbliżeniem się do siebie obu organizacyi, pracujących w Galicyi nad podniesieniem zdrojownictwa, to jest Polskiego Towarzystwa balneologicznego i Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk.

W przeddzień Zjazdu odbyło się Walne Zebranie Towarzystwa balneologicznego polskiego.

Zjazd, zainaugurowany przemówieniami prezesa Towarzystwa balneologicznego polskiego, Dr Cerchy i wiceprezesa Krajowego Związku turystycznego, Dr Schneidra, witali delegaci: Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski, Akademii Umiejętności prof. Dr Marchlewski, Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. prof. Dr Ciechanowski, Związku kraj. lek. prezes Dr Damski, Towarzystwa lek. krak. Dr Wojciechowski, Kraj. Związku zdrojowisk Dr Łobaczewski, Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej prezydent Dr Schöngut, Tow. technicznego krak. prezes r. dw. Józef Horoszkiewicz, Tow. krajoznawczego z Warszawy p. Wisznicki, Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej Dr Mikołajski, Centralnego Związku balneologów austr. Dr Zanietowski. Jako przedstawiciel Rządu przybył na Zjazd referent sanitarny krajowy, radca Dr Lachowicz. Od Towarzystwa higienicznego warszawskiego, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, redakcyi polskich czasopism lekarskich i wielu lekarzy nadeszły powitania listowne i telegraficzne. Prezesami honorowymi Zjazdu zostali wybrani: prof. Marchlewski (Kraków), prof. Jaworski (Kraków), Dr Bernadzikowski (Lwów), hr. Jan Potocki (Rymanów), prof. Gluziński (Lwów), Dr Jaworski (Warszawa), Dr Paderewski (Warszawa), Dr Chełchowski (Warszawa), radca Dr Chłapowski (Poznań) i prof. Dr Korczyński (Sarajewo). Rzeczywistymi prezesami Zjazdu zostali wybrani Dr Mikołajski (Lwów), Dr Biesiadzki (Krynica), p. Wisznicki (Warszawa), Dr Kaden (Rabka). Na sekretarzy powołano: Dr Wojtkowskiego (Lwów), Dr Turzańskiego (Iwonicz) i dyr. Teodorowicza (Szczawnica).

Dr Zanietowski przedstawił sprawozdanie z dziesięcioletniej działalności Towarzystwa balneologicznego polskiego, poczem jako pierwszy wykład z działu balneologii wygłosił prof. Dr W. Jaworski rzecz: »O urządzeniach leczniczych w zdrojowiskach teraz i w przyszłości«, Dalej odbyły się z tego działu następujące wykłady: prof. Dr Marchlewskiego: »Niektóre metody lecznicze w świetle postępu chemii biologicznej«, doc. Dr Seń-

kowskiego: »Analizy wód krajowych z uwzględnieniem jonizacyi i hydrolizy składników«, doc. Dr Latkowskiego: »Z dziedziny postępów balneologii i balneoterapii«, Dr Zanietowskiego: »Systemizacya porównawcza zdrojowisk i uzdrowisk krajowych«, Dr Pelczara: »Dyetetyka w leczeniu chorób przemiany materyi«, Dr Langa: »Z dziedziny leczenia zołzów u dzieci«, Dr Turzańskiego: »Leczenie zołzów w Iwoniczu«, Dr Lewickiego: »Czy można wydawać kąpiele lecznicze w zdrojowiskach bez ordynacyi lekarskiej?«, Dr Aronsohna: »Sezony zimowe gdzieindziej i u nas«, Dr Mayera: »O wskazaniach dla leczenia zdrojowego chorób kobiecych w zdrojowiskach krajowych«.

Wykładów tych nie streszczamy, mając nadzieję ogłosić je w całości. Oprócz tych wykładów odbyły się wykłady z zakresu turystyki: Dr L. Schneidra, pp. Wisznickiego, Mędrkiewicza, radcy Kubalskiego, inż. Suchanka, Ruschkego i Szczepańskiego, które wywołały ożywioną dyskusyę.

Prawie całe jedno posiedzenie zajęły rozprawy nad deontologią zdrojową. Sprawę tę wyczerpująco referował Dr S. Mikołajski. Tegosamego dnia rozpatrywały ją ze względu na wyrażone na Zjeździe poglądy — Wydziały obu Izb lekarskich galicyjskich na wspólnem posiedzeniu. Uchwalony przez Izby kodeks deontologii zdrojowej podaliśmy w ostatnim zeszycie »Przeglądu«.

W czasie wolnym od obrad odbyły się zebrania towarzyskie, wśród nich wspólny bankiet, — mile zapisane w pamięci uczestników swym nastrojem i uprzejmością gościnnych gospodarzy.

Jako pamiątkę Zjazdu otrzymali uczestnicy »Pamiętnik polskiego Tow. balneologicznego«, tom III, wydany pod redakcyą Dr Zygmunta Wąsowicza, a zawierający prace Dra J. Zanietowskiego, M. Cerchy, Z. Pelczara, prof. L. Marchlewskiego, St. E. Radzikowskiego, Z. Wąsowicza, J. Regieca, J. Frączkiewicza, dalej »Przewodnik po zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich« i przewodniki po Krakowie, Lwowie i po Zakopanem w języku angielskim, francuskim i polskim, wydane przaz Krajowy Związek turystyczny w Krakowie.

## V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich

w Pradze 29. maja do 3. czerwca 1914.

Według ogłoszonego w ostatnim zeszycie »Casopisu lekaruv ceskych« szczegółowego spisu zgłoszonych już wykładów zapowiada się Zjazd bardzo poważnie co do ilości i jakości prac. I tak n. p. w sekcyi fizyologiczno-farmakologicznej zgłoszono dotąd przeszło 30, w sekcyi medycyny wewnętrznej i działów pokrewnych 66, w sekcyi chirurgiczno ginekologicznej 83, w sekcyi laryngologicznej wraz z okulistyczną 34 wykładów i t. d. W sekcyi medycyny wewnętrznej głównymi tematami obrad będą: 1) Dermatozy a wydzielanie wewnętrzne (referent prof. Janovsky). 2) Rozpoznawanie czynnościowe chorób wątroby (doc. Eiselt). 3) Postępy rentgenologii przewodu pokarmowego (doc. Hynek), a wykłady zgłosili m. i. profesorowie Maixner, Thomayer, Heveroch, Hnátek, Syllaba, Weigner, Bukovsky, Pesina, Scherer, Samberger, Pelnar, Bołdyrew (z Kazania). — W sekcyi chirurgicznej temat główny: »O znieczuleniu miejscowem«, referować będą prof. Znojemsky i doc. Jerie.

Z lekarzy Polaków zgłosił dotychczas wykład tylko r. dw. prof. Dr B. Wicherkiewicz: »Przyczyny niedowidzenia późniejszego po prawidłowo wykonanej operacyi zaćmy starczej«.

Ze Zjazdem połączona będzie wystawa przyrodniczo-lekarska.

Należałoby, aby w Zjeździe czeskim i tym razem lekarze nasi conajmniej tak licznie, jak w Zjazdach poprzednich, wzięli udział, do którego czeski Komitet gospodarczy serdecznie zaprasza.

## II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

W sobotę d. 30. V. o godz. 7 wieczorem uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

Dnia 31. maja i 1. czerwca posiedzenia od godz. 9 rano do 1 w poł. i od 3 po poł. do 7 wieczór.

Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego w Komitecie or-

ganizacyjnym. Wybory prezydyum Zjazdu i zatwierdzenie regulaminu.

Temat główny: »Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem«.

1) Wł. Biegański (Częstochowa). Wstęp i zarys ogólny tematu. 2) S. Sterling (Łodź). Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc. 3) K. Rozenfeld (Częstochowa). Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia gruczołowego i migdałkowego. 4) I. Watten (Łódź). Stany zapalne wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki. 5) Rogoziński (Lublin). Zakażenia dróg moczowych. 6) Cz. Czerwiński (Lublin). Cierpienia narządów rodnych kobiecych.

Tematy zgłoszone: 1) J. Brunner (Warszawa). O wartości leczniczej surowic. 2) M. Kaufman (Łódź). Samozatrucie ustroju pod wpływem ciąży. 3) K. Perłowski (Zawiercie). O leczeniu mieszanem przymiotu salwarsanem i rtęcią. 4) Maybaum (Łódź). O wczesnem rozpoznawaniu raka narządów trawienia. 5) E. Wiszniewski (Siedlce). Metoda Calota w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. 6) W. Szumlański (Warszawa). Jakie wiadomości z otyatryi niezbędne są dla każdego lekarza. 7) S. Rotwand (Łódź). Klasyfikacya i ogólne zasady leczenia zaburzeń u niemowląt. 8) S. Sitkowski (Radzyń). Sfigmomanometrya w praktyce lekarza prowincyonalnego. 9) K. Rozenfeld (Częstochowa). O ciśnieniu krwi i tętna w gruźlicy płuc. 10) J. Gliński (Łask). Kilka słów o znieczuleniu rdzeniowem. 11) J. Dehnel (Będzin). Rzut oka na stan obecny wiadomości naszych w głównych chorobach nerkowych. 12) M. Zienkiewicz (Ciechanów). Przyczynek do nauki o wtórnych niedokrwistościach w chorobach zakaźnych. 15) St. Kelles-Krauz (Radom). Klasyfikacya stanów limfatycznych u dzieci. 14) J. Puterman (Sosnowiec). Kilka słów o skazie kurczowej dziecięcej. 15) St. Zieliński (Simno, gub. Suwalska). Tuberkulina Denisa w zastosowaniu praktycznem. 16) S. Orgelbrand (Kalisz). Schorzenia tętnicy głównej zależne od przymiotu. 17) W. Puławski (Radziejów). O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej (dalszy przyczynek). 18) K. Okuszko (Częstochowa). O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą. 19) M. Gromski (Łódź). O leczeniu płonicy. 20) K. Rieder (Łódź). Wpływ upałów na śmiertelność osesków w Łodzi. 21) S. Rechniowski (Piotrków). Statystyka zapaleń wyrostka leczonych w szpitalu Św. Trójcy w Piotrkowie w roku 1910—1913. 22) A. Pański i A. Goldman (Łódź). W sprawie operacyjnego leczenia chorób organicznych układu nerwowego. Przypadek torbieli móżdżku, leczony operacyjnie z zejściem pomyślnem. 23) Z. Srebrny (Warszawa). O ropówkach okołoprzełykowych wskutek obrażeń przełyku. 24) M. Gantz (Warszawa). Ciała obce w górnym odcinku przewodu pokarmowego i ich traktowanie. 25) A. Tomaszewski (Łódź). Kilka słów o leczeniu spondylitis plastyczną metodą operacyjną Albee. 26) E. Brunner (Warszawa). O leczeniu pryszczycy promieniami Roentgena. 27) J. Leyberg (Łódź). O zaburzeniach moczowopłciowych u mężczyzn na tle schorzeń organicznych wzgórka nasiennego. 28) Tenże. Kilka słów w sprawie wlewania salwarsanu przez odbytnicę metodą Sterlinga-Jermułowicza. 29) W. Cywiński (Kochanówka). O reakcyi Abderhaldena u umysłowo chorych. 30) E. Piotrowska (Kalisz). O zapobieganiu ciąży i sztucznem zapładnianiu. 31) J. Dehnel (Będzin). Przypadek splenomegalii rodzinnej. 32) H. Rozental (Łódź). Przypadek duru brzusznego o trzykrotnym nawrocie. 33) E. Moniuszko (Zwierzyniec Lub.). Moje spostrzeżenia nad fosfacydem Romanowskiego. 34) J. Gliński (Łódź). Przypadek porodu, powikłany przetoką pęcherzowo-szyjkową. 35) W. Jasiński i P. Borsukiewicz (Lublin). O mleku białkowem i larosanowem. 36) A. Żebrowski (Lublin). Przyczynek do statystyki twardzieli.

Posiedzenie ostatnie: Poniedziałek 1. VI. od godz. 3 po poł. do 6 wieczór.

1) A. Jarosiński (Sterdyń). Zadania społeczne lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach. 2) W. Chodźko (Czerwony Dwór). Zadania lekarza-praktyka w zakresie psychiatryi. 3) M. Arnsztajn (Lublin). O brakach w wykształceniu lekarzy prowincyonalnych i środkach zaradzenia złemu. 4) H. Kaczyński (Parczew). O wzajemnem ubezpieczaniu lekarzy. 5) L. Wiszniewski (Jadów). Dlaczego lud nasz zamało się leczy. 6) J. Łuczycki (Łódź). Walka z padaczką w Królestwie Polskiem. 7) J. Dehnel (Będzin). W sprawie zwalczania gruźlicy w Zagłębiu Dąbrowskiem. 8) K. Okuszko (Częstochowa). O walce z chorobami zakaźnemi u nas a zagranicą. 9) M. Zienkiewicz (Ciechanów). Zadania lekarza początkowych szkół rolniczych. 10) H. Trenkner (Łódź). Plany szpitala dla chorych zakaźnych w Łodzi.

Od godziny 6 wieczorem uchwały i wnioski.

Uwagi: 1) Zwiedzenie miasta i szpitali dla uczestników Zjazdu zorganizowane będzie od 7 do 9 rano, dla osób towarzyszących przed i po południu. 2) Uczestnicy Zjazdu otrzymają w Lublinie szczegółowy program Zjazdu.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. V. 1914 posiedzenie, na którem odbyła się dalsza dyskusya nad nosaciną, przyczem przemawiali: doc. Latkowski, Nitsch, prof. Bujwid i dyr. Krzyszkowski. Następnie przedstawiali chorych doc. Latkowski, Dr Walter, prym. Borzęcki, Dr Rosenhauch i prof. Reis. W dyskusyi przemawiali prof. Lewkowicz, Kader, Bujwid, Dr Boczar, Glassner, Steuermark i Wachtel.

— Krajowa Rada zdrowia na posiedzeniu w d. 9. maja 1914 we Lwowie zajmowała się następującemi sprawami: szczepienia lecznicze w płonicy, podwyższenie taksy szpitalnej w Rzeszowie, prywatny dom porodowy we Lwowie; prócz tego rozpatrywała sprawę mieszkań w Szczawnicy i ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

— Tytułem radcy medycynalnego, przyznawanym lekarzom praktycznym za wybitne zasługi, odznaczeni zostali, jak donoszą dzienniki, Dr Franciszek Murdzieński, b. dyrektor szpitala dziecięcego św. Ludwika, Dr Lesław Gluziński, Dr Maksy-

milian Bett i Dr Leon Kossak we Lwowie, oraz Dr Klemens Dębicki w Krynicy.

— Prof. Dr Marchlewski wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa balneologicznego polskiego.

— W czasie krajowej konferencyi nauczycielstwa Galicyi zachodniej w Krakowie w d. 13. i 14. V. 1914 odbyły się wykłady prof. Dr K. Kleckiego »Alkoholizm i zwalczanie go przez szkołę«, oraz inspektora szk. krajowego Dr M. Kociuby: »Jak odżywia się ludność wsi i miasteczek w kraju«.

— Na tablicę pamiątkową ś. p. doc. Dr Droby złożył p. mg. Henryk Banke 5 kor. Dalsze składki przyjmujemy.

— Akademia Umiejętności ogłasza szereg konkursów na stypendya, między innemi na 5 stypendyów im. Osławskiego po 5000 kor. rocznie dla kandydatów, kształcących się na profesorów w wyższych polskich zakładach naukowych (termin podań do 29. czerwca 1914); na stypendyum im. Pileckiego w kwocie 2400 kor. rocznie, które tym razem przyznane ma być kandydatowi, poświęcającemu się naukom matematyczno-przyrodniczym, a po ukończeniu uniwersytetu chcącemu udać się zagranicę dla dalszych studyów, (termin podań do 10 czerwca 1914), wreszcie na dwa stypendya im. Jankowskiej po 900 kor. rocznie dla uczniów uniwersytetu (termin podań do 10 czerwca 1914).

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 26. IV. do 2. V. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (obcych 2 † —), krztuśca 6 † 2 (— † —), ospy wietrznej — † — (1 † —), płonicy 21 † 3 (2 † —), odry 3 — (— † —), duru brzusznego 4 † — (1 † —), czerwonki — † — (1 † —), tężca — † — (1 † 1)

Dr Janiszewski.

**Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie.** Od 19. IV. do 3. V. 1914 przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 6, błonicy 5, duru brzusznego 3, krztuśca 1, gruźlicy płuc 5, zapalenia gruźliczego opon mózgowych 1. — W tymże czasie do ambulatoryum zgłosiło się przypadków: odry 2, błonicy 3, krztuśca 11, ospy wietrznej 1.

Dr S. Łyskawiński.

**Choroby zakaźne w Łodzi.** Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 4. V. do 11. V. 1914 przypadków: ospy 9 † —, płonicy — † —.

Dr Trenkner.

**Poznań.** Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożono dotąd 3.941·95 marek. Przez Redakcyę »Przeglądu lekarskiego« wpłynęło 263·16 mk. (310 kor.). Dalsze składki przyjmujemy.

**Z różnych stron.** IV austryacki Zjazd przeciwgruźliczy (Tuberkulosetag) odbędzie się 24. V. b. r. w Wiedniu. Tematem obrad będą: 1) Stan walki z gruźlicą w Austryi (hr. Larisch i doc. Teleky). 2) Pomieszczenie suchotników (Schmittmann i Jagic). 3) Leczenie tuberkulinami (doc. Neumann, Goetzl, Löwenstein, Frankfurter, Kutschera).

**Mianowania i odznaczenia.** Dr Tadeusz Żeleński, znany z działalności literackiej, otrzymał tytuł »oficera Akademii« francuskiej za tłómaczenia dzieł Moliera.

**Zmarli:** Dr Stanisław Brożyński, emer. lekarz sztabowy w 61 r. ż. w Krakowie; Dr Włodzimierz Przyłęcki w Radomiu.

Odpowiedzialny redaktor:
**Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się **we środę dnia 20. maja 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Demonstracya chorych leczonych w klinice medycznej szczepionkami Friedmanna, kol. Wachtel. 2) Demonstracya przypadku drożdżycy (blastomycosis), kol. Blay i Nitsch. 3) Odczyt: »O działaniu niewidzialnych, krótkofalistych promieni światła na narząd wzrokowy«, kol. Kleczkowski.